UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1932. — N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA Rupture des Abcès amibiens du Foie dans les cavités séreuses

(Plèvre, péritoine, péricarde)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 18 Avril 1932

PAR

HENRI HERMENJAT-GÉRIN

Né le 18 Février 1901 à Alger

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de Clinique chirurgicale..... *Président.*
LEBON, Professeur de thérapeutique.....
DUBOUCHER, Agrégé (chirurgie)..... *Juges.*
FERRARI, Agrégé (chirurgie).....

ALGER
IMPRIMERIE "LA TYPO-LITHO"

1932

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1932. — N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Rupture des Abcès amibiens du Foie

dans les cavités séreuses

(Plèvre, péritoine, péricarde)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 18 Avril 1932

PAR

HENRI HERMENJAT-GÉRIN

Né le 18 Février 1901 à Alger

MEMBRES DU JURY :

MM. COSTANTINI, Professeur de Clinique chirurgicale..... *Président.*
LEBON, Professeur de thérapeutique.....
DUBOUCHER, Agrégé (chirurgie)..... *Juges.*
FERRARI, Agrégé (chirurgie).....

ALGER
IMPRIMERIE "LA TYPO-LITHO"

1932

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen	MM.	LEBLANC (✻, ✻, I. ✻).
Doyen Honoraire		HÉRAIL (✻, I. ✻).
Assesseur		GILLOT (I. ✻).

PROFESSEURS

Clinique ophtalmologique	MM.	CANGE (✻, I. ✻).
Clinique médicale et Hygiène infantile		GILLOT (I. ✻).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées		RAYNAUD (✻, ✻, I. ✻).
Clinique chirurgicale		COSTANTINI (✻, ✻, I. ✻).
Clinique obstétricale et puériculture du 1er âge		LAFFONT (✻, ✻, I. ✻).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		LOMBARD (✻, ✻, I. ✻).
Clinique médicale		AUBRY (✻, ✻, I. ✻).
Histologie et Embryologie		WEBER (✻, ✻, I. ✻).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✻).
Chimie biologique et médicale		MAILLARD (✻, I. ✻).
Hygiène, hydrologie et climatologie		CHASSEVANT (O. ✻ I. ✻, C ✻)
Physiologie		TOURNADE (O. ✻, ✻. I. ✻).
Pharmacie		MUSSO (I. ✻).
Médecine légale		GIRAUD (O. ✻, ✻, I. ✻).
Anatomie		LEBLANC (✻, ✻, I. ✻)
Microbiologie et cryptogamie		PINOY (✻, I. ✻).
Physique médicale		PORTES (✻, ✻. I. ✻).
Anatomie médico-chirurgicale et médecine opératoire		CABANES (✻, ✻, I. ✻).
Parasitologie et zoologie médicale		SENEVET (✻, A. ✻).
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie		WUNSCHENDORFF (I. ✻)
Pathologie générale et pathologie médicale		POROT (A. ✻).
Thérapeutique		LEBON (✻, ✻, A. ✻).
Botanique et matière médicale		FOURMENT (A. ✻).

PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✻), Agrégé (Histologie).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✻, I. ✻). MM. HERAIL (✻ I. ✻).

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes	MM.	FUSTER (✻, ✻, I. ✻).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		H. ABOULKER (✻, ✻).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM.	DUBOUCHER (I. ✻) FERRARI (I. ✻). MOGGI (✻).
Médecine		N... N...
Physiologie		HERMANN (✻, ✻, A. ✻).
Anatomie		RIBET (✻, A. ✻).
Obstétrique		HOUEL. (✻, ✻, A. ✻).
Histoire naturelle pharmaceutique		N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

In Memoriam

A MA MERE

Exemple de bonté et de dévouement.

Bien faible gage de ma reconnaissance.

A MON PERE ADOPTIF

Que je vénère de tout mon cœur.

Humble témoignage de ma reconnaissance pour la tendre affection qu'il nous a toujours témoignée.

Nous lui devons le meilleur de nous-même ; il nous a appris à aimer la simplicité et la vertu.

A MON ONCLE

Monsieur le Docteur Jules GÉRIN

A MES ONCLES

MM. A. TROUCHE

L. TROUCHE

L. D'ESPOSITO

L. GÉRIN

A. HERMENJAT

A MES TANTES

A MES COUSINS ET MES COUSINES

A MA PETITE COUSINE JULIA

Enlevée trop tôt à notre affection. In Memoriam.

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COSTANTINI

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre Thèse.

Qu'il veuille recevoir l'hommage de notre profond respect, et nos remerciements les plus vifs, pour son aide et ses précieux conseils, son Enseignement, et la bienveillance qu'il nous a toujours accordée.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536512_0005

A MES JUGES

Monsieur le Docteur Lebon

Professeur de Thérapeutique

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Ses conseils et sa constante sollicitude nous ont permis de surmonter les moments de défaillance.

En gage de sincère et profonde reconnaissance pour tout ce qu'il fit pour nous.

Monsieur le Docteur Duboucher

Chirurgien des Hôpitaux

Agrégé de Chirurgie

Qu'il veuille trouver ici le trop faible témoignage de la profonde reconnaissance que nous lui devons pour tout ce qu'il a fait pour nous et pour les nôtres.

Monsieur le Docteur Ferrari

Chirurgien des Hôpitaux

Agrégé de Chirurgie

Nous lui gardons une extréme reconnaissance pour les marques de bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Professeur Leblanc

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur d'Anatomie

Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous nous avez toujours témoigné.

Votre si bienveillant accueil au laboratoire d'anatomie a grandement contribué à faciliter notre travail.

A Monsieur le Docteur Vergoz

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail.

Nous ne pourrons oublier la bonté avec laquelle il nous prodigua ses conseils et son travail pour notre thèse.

Nous lui exprimons ici notre profonde reconnaissance et notre respectueux attachement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

A TOUS MES AMIS

Je dédie cette thèse.

Introduction

Quoique déjà bien étudié l'abcès dysentérique du foie ne se diagnostique facilement que, lorsque son évolution accompagnée des symptômes fonctionnels classiques « tuméfaction hépatique, hépatalgie, hyperthermie » se trouve renforcée par les antécédents dysentériques du malade.

Malheureusement l'abcès dysentérique présente exceptionnellement cette netteté clinique, ces antécédents certains et l'on peut affirmer que: dans de nombreux cas son diagnostic est difficile et bien plus encore celui de sa migration dans l'une des cavités séreuses avoisinantes: péritoine, plèvre, péricarde.

La difficulté réside dans la géographie topographique du foie profondément caché sous le gril costal, hernié par sa face convexe dans la cavité thoracique où il contracte des rapports intimes avec l'appareil pleuro-péricardo-pulmonaire, tandis que par sa face concave il prend contact avec l'étage péritonéal sus-mésocolique et les différents organes sous-jacents de la cavité péritonéale; il camoufle ainsi l'évolution de ses lésions et celles-ci évoluant à bas bruit peuvent dans de nombreux cas prendre le tableau clinique d'une lésion d'un organe adjacent: ainsi, faute de diagnostic précis et de sanction thérapeutique appropriée, éclate la complication soit thoracique, soit adbominale nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence ne permettant de faire que tardivement le diagnostic originaire précis.

Les multiples rapports du foie et les diverses localisations de l'abcès font que leurs migrations peuvent être nombreuses ; d'après les observations colligées, l'évacuation dans la bronche droite est sans conteste la plus fréquente et la mieux étudiée, cependant l'irruption dans les séreuses, plèvre, péritoine, péricarde ne peut être taxée d'exceptionnelle; les observations que nous rapportons en font foi. Signalées dans diverses publications, aucun travail d'ensemble n'avait été fait à leur sujet. Nous rapportons trois observations originales, leurs manifestations cliniques et les déterminations thérapeutiques qu'elles ont entraînées nous ont paru suffisamment intéressantes pour motiver notre travail.

Nous envisagerons ensuite l'historique de la question et nous étudierons successivement:

les migrations intra-péritonéales,
les migrations intra-pleurales,
les migrations intra-péricardiques.

Enfin, dans un chapitre d'ensemble, nous ferons la thérapeutique de ces différentes complications.

OBSERVATION 1

Abcès dysentérique du foie, rompu dans la cavité péritonéale.

(Costantini. *Bull. et Mém. Soc Chirur.*, Paris 1924.)

Nous sommes appelés dans les premiers jours de juillet 1924 par notre confrère le Dr Roffo auprès d'un malade, B... (Moïse), 30 ans, soigné depuis longtemps et sans régularité pour une dysenterie contractée pendant la guerre à Salonique.

En novembre 1921 le diagnostic d'abcès du foie est posé par le Dr Richard et le traitement émétinien à nouveau institué.

De 1921 à 1924 calme absolu.

Il y a quatre jours le malade, commençant à se plaindre, fit venir le Dr Roffo qui pose à nouveau le diagnostic d'abcès du foie et commence aussitôt les injections d'émétine (0,04).

Le quatrième jour de ce traitement, douleur aiguë dans le ventre. Nous trouvons le malade en pleine péritonite. Le Dr Roffo a porté le diagnostic d'abcès du foie ouvert dans le péritoine. Nous exprimons quelques réserves à cause de la rareté de cette complication.

Intervention trois heures après. — Dès l'ouverture zones d'adhérences dans la région sous-hépatogastrique. On ouvre bientôt une collection de pus qui est envoyé à un laboratoire voisin, qui nous répondra qu'il n'y a pas à l'examen direct de microorganisme. Cette collection purulente qui correspond avec une cavité hépatique de petites dimensions est située *sur la face inférieure du foie*, tout en arrière. On ne peut songer à fermer la brèche d'exploration par des sutures. On met un petit drain entouré d'une mèche à l'entrée de cette cavité. Fermeture de la paroi. Drain et mèche sont enlevés au bout de 48 heures. Les injections d'émétine sont continuées. Les fils sont enlevés le dixième jour. Réunion per priman, le malade sort de la clinique.

Revu depuis, guéri.

OBSERVATION 2

Abcès dysentérique du foie, rompu dans la cavité péritonéale.

(Costantini et Vergoz)

Nous sommes appelés, le Dr Vergoz et moi-même, le 10 août 1927, auprès d'un jeune homme de 26 ans présentant un syndrome péritonéal aigu net. On nous apprend qu'il y a un mois a commencé un état fébrile qui a fait diagnostiquer une fièvre typhoïde. Des soins ont été donnés en conséquence. Puis la température est devenue à peu près normale. Depuis quelques jours cependant existent de vives douleurs dans la région de l'hypochondre droit. La veille, à 10 heures du soir, douleur brutale dans la région vésiculaire. Il y a 12 heures que cette douleur apparut. Cependant le facies est bon, le pouls est

à 120. Le foie est un peu gros, la région vésiculaire est le siège d'une douleur très vive. Il y a un peu de matité dans la fosse iliaque droite et toute la sangle abdominale est enraidie par la contracture.

Nous portons le diagnostic de cholécystite éberthienne perforée.

Intervention immédiate. Anesthésie à l'éther. Incision transversale, on découvre une zone d'adhérences dans laquelle on cherche prudemment la vésicule.

On effondre une cavité remplie de pus. On peut alors découvrir le foie où existe un gros abcès qui s'est ouvert dans le péritoine. Des adhérences ont limité la perforation. Mais du pus a pu s'écouler en abondance dans la grande cavité. L'abcès hépatique est vidé; les parois en sont détergées, la brèche est fermée. On laisse cependant un petit drain parce qu'on ne peut avoir un examen microscopique du pus.

Puis la grande cavité est nettoyée de son contenu purulent. Nous remarquons que les anses intestinales ont une couleur normale et ne sont pas enflammées. Nous allons jusque dans le Douglas chercher du pus épanché. Puis nous fermons la paroi en laissant passer le petit drain. Le lendemain, nous apprenons que le pus est stérile et nous enlevons le drain aussitôt. Les suites opératoires sont normales et notre opéré quitte la clinique le vingtième jour après.

Un traitement émétinien a été institué aussitôt.

Après l'opération, nous apprenons que ce jeune homme a fait un séjour dans la marine, et avait eu de la diarrhée dont l'origine ne fut pas soupçonnée.

OBSERVATION 3

Abcès de la convexité hépatique compliqué de rupture en cavité péritonéale libre.

(Vergoz)

Rodriguez Jean, sujet portugais, âgé de 30 ans, est hospitalisé salle Laveran, service de M. le Dr Benhamou, pour phénomènes pleuro-pulmonaires de la base droite.

Le début remonterait, aux dires du malade, à une semaine avant son hospitalisation et son examen révèle en plus des signes stétoscopiques: matité à la base droite,

exagération des vibrations et râles sous crépitants, un foie douloureux, débordant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Le malade présente de l'hyperthermie avec oscillation. 37° le matin, 39° le soir.

C'est trois jours après son admission qu'il est au cours d'une nuit, brusquement pris d'une violente douleur abdominale surtout localisée dans toute la partie droite de l'abdomen, avec maximum d'intensité dans la région sous-hépatique.

Vu par nous à 2 heures de l'après-midi, 8 juillet 1931, le malade se présente comme un péritonéal avec un ventre rétracté, à paroi contracturée, et généralement douloureux à la palpation.

On décide immédiatement l'intervention et, de part l'incertitude du diagnostic, appendicite aiguë ou perforation d'ulcère gastro-duodénal, on pratique une incision para-ombilicale droite.

L'ouverture de la cavité cœlomique montre une inondation purulente généralisée avec quelques fauses membranes, recouvrant le duodénum et l'angle colique droit: la vésicule biliaire, l'appendice, sont sains.

Il n'existe pas de perforation gastro-duodénale : l'aspect particulier du liquide péritonéal nous incite alors à pratiquer l'exploration du foie; et, tandis que la face inférieure est saine, on découvre sur le versant postérieur de sa convexité une cavité anfractueuse, à parois irrégulières à bords déchiquetés de la dimension d'une orange. L'espace sous-phrénique droit est libre de toute adhérence, on pratique l'assèchement minutieux du Douglas, des fosses hypogastriques et de l'espace sous-phrénique. Comme l'examen extemporané du pus ne peut être fait, on juge prudent de laisser dans la loge sous-phrénique au contact de l'abcès, une grande compresse abdominale. Fermeture de la paroi au fil de bronze en un seul plan.

L'interrogatoire du malade, dans les premiers jours qui ont suivi l'opération, nous a permis d'apprendre qu'il avait séjourné trois ans au Dahomey, où il avait présenté des phénomènes dysentériques.

Les suites opératoires sont favorables, la température tombe en lysis, l'état général remonte. La compresse sous-hépatique de drainage est enlevée au sixième jour.

Dès lors la température remonte progressivement, à grandes oscillations avec sueurs et frissons ; la langue est rôtie, le pouls rapide, mou, dicrote. Il n'y a pas d'écoulement par l'orifice de drainage. Le foie est toujours gros et douloureux on pratique alors un examen radioscopique qui montre une vaste collection hydro aérique sous-phrénique. L'ombre phrénique qui se détache très nettement de l'ombre de la collection remonte jusqu'à la quatrième côte.

On décide alors une deuxième intervention à l'anesthésie locale. Après résection de la cinquième côte, la cavité pleurale se montrant libre de toute adhérence, le diaphragme est amarré à la paroi par un sujet circulaire. Son incision permet l'écoulement d'un litre de pus d'odeur fétide. Tout le pourtour de la convexité hépatique est adhérente au diaphragme. Un drain est mis en place. L'état général reste mauvais, le malade meurt le lendemain de cette deuxième intervention.

Historique

Dès 1829, et 1836, nous relevons les observations de Duplay et de Behier avec ouverture de l'abcès dans la plèvre et celle de Balme-Dugarrey avec ouverture intra-péritonéale.

Gaillard, en 1856, relate dans le *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* un abcès du foie compliqué de pleurésie et de péricardite.

Rouis, en 1860, dans son ouvrage (Recherches sur les suppurations endémiques du foie), fait une étude approfondie de l'évolution de ces abcès: « atteignant, dit-il, la périphérie du foie et s'acheminant au-delà de cette limite l'abcès peut gagner une des cavités splanchniques avoisinantes : péritoine, péricarde ou plèvre »; l'auteur donne déjà à cette époque une statistique intéressante, nous relatant sur 162 autopsies d'abcès amibien du foie:

14	ouvertures	dans le péritoine,
11	—	dans la plèvre,
1	—	dans le péricarde.

Puis ce sont les thèses de Foiret (1870), celles de Debergues (1889), ils rapportent des observations avec autopsie « d'abcès renfermant 5 à 6 litres de pus et réduisant le foie à une mince coque de quelques millimètres. » Dès lors, disent-ils, « cédant sous cette pression constante, la collection se met en contact avec la capsule de Glisson et va se faire jour dans une des cavités séreuses avoisinantes. »

En 1889, dans le *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale,* Fontan étudie les migrations abdominales puis en 1900 leurs migrations thoraciques.

Il montre les premières plus rares que les thoraciques et signale parmi ces dernières la rareté de la migration péricardique.

La thèse de Molinié (Paris 1909) rapporte des abcès du foie compliqués d'épanchement pleural soit par migration dans la plèvre, soit par infection du voisinage. L'épanchement pleural, dit-il, complique l'abcès du foie dans 8,9 % des cas.

Grall et Clarac, dans leur *Traité de Pathologie exotique,* 1920, étudient ces migrations dans le chapitre général des complications de ces abcès.

De 1906 à 1913, les *Archives Médicales navales et coloniales* rapportent des observations de Corolleur, de Pfeihl, de Perves et Oudard.

Enfin, nous retrouvons dans la littérature des observations éparses, celles de Dubard et Potel, de Micheleau, de Jacomet, de Proust et Ramond, de Rivet et Huet, celles de Meyer dans le *Bruxelles Médical,* de Vivie, de Bressot, de Sambuc.

A la Société de Chirurgie de 1925, une observation intéressante de Petridis avec irruption du pus dans le péricarde.

D'autres cas sont mentionnés dans son ouvrage sur les hépatites dysentériques (1920), dans le travail de Lacaze et Melnotte (*Revue de Chirurgie,* 1928) et dans les nombreuses publications de notre Maître M. le Professeur Costantini (Société de Chirurgie 1924, Société de Chirurgie 1928, Algérie Médicale 1931) (1).

Nous remercions les auteurs qui ont bien voulu répondre à notre enquête et nous adresser leurs observations: Drs Lacaze, Perard de Casablanca, Bressot de Constantine, Petridis d'Alexandrie.

Evolution propre de l'abcès

Pour l'unité du sujet, nous pensons qu'il peut-être utile de rappeler quelques notions d'anatomie pathologique de l'abcès amibien du foie et de son évolution anatomique.

Transportée dans le foie « telle une métastase », suivant l'heureuse expression de Ravaut, l'amibe y détermine un nodule de nécrose parenchymateuse.

Kelch et Kiener puis Cornil et Ranvier ont bien étudié cette première phase évolutive, nous montrant le centre de désorganisation autour duquel se constitue une membrane embryonnaire pyohémique.

Le pus uniquement formé de leucocytes et de cellules altérées détruit peu à peu autour de lui le tissu environnant alors que parallèlement s'organise la membrane pyogénique d'enkystement.

A cette première phase de nécrose et de constitution succède une phase d'extension: l'abcès augmente de volume refoulant sa propre paroi par formation incessante et croissante de pus; il exerce ainsi une pression ininterrompue sur le tissu encore sain de la glande qui grâce à son élasticité cède peu à peu à cette pression continue.

Les cellules s'aplatissent, se déforment, s'atrophient, le tissu noble disparaît faisant place à une enveloppe de tissu conjonctif, membrane d'enkystement assimilable à l'ectocyste du kyste hydatique.

Sous l'action de ces deux facteurs, destruction centrale d'une part, refoulement progressif de l'autre, la paroi de l'abcès arrive, au moins sur un point de son

pourtour, dans la zone sous-glissonnienne et affleure la surface du foie.

C'est donc par la fonte et le tassement du tissu hépatique en une zone limitée que se fait l'acheminement du pus vers l'extérieur: Au contact irritatif de la membrane d'enkystement, la capsule de Glisson se congestionne, s'épaissit, prend une teinte blanc laiteux ou grisâtre et augmente d'épaisseur par néoformation de fibro-cartilage.

Le péritoine qui la recouvre concourt aussi à cette réaction de défense, il perd son poli, se couvre d'exsudats fibrineux qui vont agglutiner les surfaces séreuses en présence, de fausses membranes plus ou moins épaisses, unissant le foie au diaphragme ou aux organes environnants.

Dans d'autres circonstances soit qu'une évolution rapide ne lui ait pas donné le temps de réagir, soit que la chronicité de l'évolution n'ait pas amené la formation d'adhérences, la collection amibienne arrive libre à la surface de l'organe, prête à la moindre occasion à se rompre dans la grande cavité péritonéale.

Le même phénomène évolutif se montrant au-delà du diaphragme sera l'explication de l'irruption du pus dans la cavité pleurale libre, ou, après réaction adhérentielle pleuro-pulmonaire, dans la bronche souche droite primitive.

De toutes les migrations, celles qui se font vers le thorax sont sans conteste les plus fréquentes; les observations que nous avons colligées et les statistiques que nous rapportons le prouvent nettement.

Cette fréquence du reste trouve son explication dans la localisation pouvons-nous dire élective de l'abcès aux faces convexe et postérieure de l'organe:

Presque tous les abcès, disent les classiques, siègent dans le lobe droit plus apte, par son volume et la

disposition anatomique de la veine porte, à recevoir les embolies amibiennes et dans cette partie de la glande ce sont surtout les faces postérieure et convexe qui sont le plus souvent atteintes, l'amibe se projetant plus facilement dans les branches ascendantes directes de la veine porte que dans ses branches recurrentes.

Si nous nous rapportons aux statistiques, celle de Rouis donne après autopsie:

154 localisations pour le lobe droit,
42 localisations pour le lobe gauche,
89 pour la face convexe et le bord portérieur,
contre 17 pour la face concave et le bord antérieur.

Dans celle de Foiret:

300 localisations pour le lobe droit,
71 pour le lobe gauche,
158 localisations pour le bord postérieur,
105 pour le bord antérieur.

Celle de Gaide:

109 localisations pour le lobe droit,
18 localisations pour le lobe gauche,
4 localisations pour lobe carré,
2 localisations pour le lobe de Spiegel.

Enfin Sambuc nous cite comme moyenne:

77,5 % intéressant le lobe droit,
19,38 % intéressant le lobe gauche,
2,32 % intéressant le lobe de Spiegel,
0,80 % intéressant le lobe carré.

Nous-même avons colligé 80 observations:
dont 65 localisations à la face convexe et postérieure,
15 sur la face concave et le bord antérieur
se répartissant en :

64 pour le lobe droit,
15 pour le lobe gauche,
1 pour le lobe carré.

Ces différentes localisations nous ont donné:

39 migrations dans le péritoine,
28 migrations dans la plèvre,
13 migrations dans le péricarde.

Ainsi donc ces différentes statistiques montrent ce que nous avancions plus haut, atteinte plus fréquente du lobe droit et dans celui-ci localisation majeure au niveau des faces convexe et postérieure, ce qui explique tout d'abord la rareté heureuse des migrations intra-péricardiques et la plus grande fréquence des migrations intra-thoraciques.

De ces dernières, nombre d'elles se faisant dans la bronche souche droite, les irruptions dans la plèvre ne semblent guère plus fréquentes que celles qui se font dans le péritoine.

Du reste, certains abcès de la face convexe n'ayant provoqué aucune réaction adhérentielle du côté du diaphragme pourront se rompre dans le péritoine: soit sous forme de péritonite généralisée comme dans l'observation 3 de Vergoz, soit sous forme d'abcès sous-phrénique, comme dans celle de Rives et Huet et de Lacaze.

Migrations intra-péritonéales

Nous avons pu rapporter 39 migrations dans la cavité péritonéale ayant entraîné 23 péritonites localisées dont :

7 sous-phréniques,
16 sous-hépatiques (dont 3 dans l'arrière cavité des épiploons),
et 16 péritonites généralisées.

Le péritoine tapissant toute la surface du foie sauf la zone restreinte de ses insertions ligamenteuses, il semblerait, dit Fontan, que les migrations intra- péritonéales dussent-être la marche évolutive normale de ces abcès. Il n'en est pourtant rien et l'inventaire des faits cliniques prouve que les irruptions intra-thoraciques sont plus fréquentes : ce sont surtout les abcès de la face concave qui s'ouvrent dans la cavité cœlomique.

Sous l'influence du voisinage de l'abcès dont nous avons donné les raisons d'être de la localisation plus fréquente dans la zone de la convexité hépatique, les séreuses de la face supérieure du foie et de la face inférieure du diaphragme font rapidement de l'inflammation adhésive qui préservant la grande cavité cœlomique force le processus suppuratif à se frayer un passage au centre de la zone adhérentielle vers la région thoracique : Ainsi se motive la rareté des péritonites amibiennes sous-phréniques. Nous étudierons donc tout d'abord les péritonites localisées péri-hépatiques consécutives à la rupture de l'abcès en cavité

adhérentielle: péritonites sous-phréniques, péritonites sous-hépatiques déterminées dans leur apparition par le siège primitif de l'hépatite.

Nous ne ferons que signaler les migrations lombaires. Celles-ci, en effet, quoique pouvant présenter un tableau symptomatique abdominal sont en réalité sous-péritonéale et n'entrent pas dans le cadre de notre travail: nous rapporterons à ce sujet, plutôt pour l'intérêt qu'elle présente, une observation de Haspel, citée par Grall et Clarac où l'abcès descendant jusqu'à l'arcade crurale et le scrotum avait comme paroi antérieure le péritoine pariétal postérieur épaissi, le côlon ascendant et le cœcum et en arrière les masses musculaires de la fosse iliaque: ainsi « le pus descendant dans la coulée cellulaire rétro-colique est venu se faire jour dans la fosse iliaque droite rappelant par sa symptomatologie le tableau clinique d'une péritonite localisée de cette région. »

Nous allons donc envisager:

1° Les ruptures inter-phréno-hépatiques,

2° Les ruptures sous-hépatiques localisées.

Si nous résumons très brièvement la topographie péritonéale sus-mésocolique, nous mentionnerons tout d'abord l'espace virtuel inter-phréno-hépatique qui, limité en haut par le diaphragme, en bas par le foie, s'ouvre largement en avant dans la cavité péritonéale.

Cette loge dont la limite postéro-inférieure est représentée par le ligament coronaire est divisée par le ligament suspenseur du foie en loge droite inter-phréno-hépatique proprement dite et en loge gauche inter-phréno-hépato-gastro-splénique.

Dans la région sous-hépatique le petit épiploon verticalement étendu de haut en bas sépare l'espace antérieur inter-hépato-colique de l'arrière cavité des épiploons. Ainsi se trouve délimitées plusieurs loges péri-

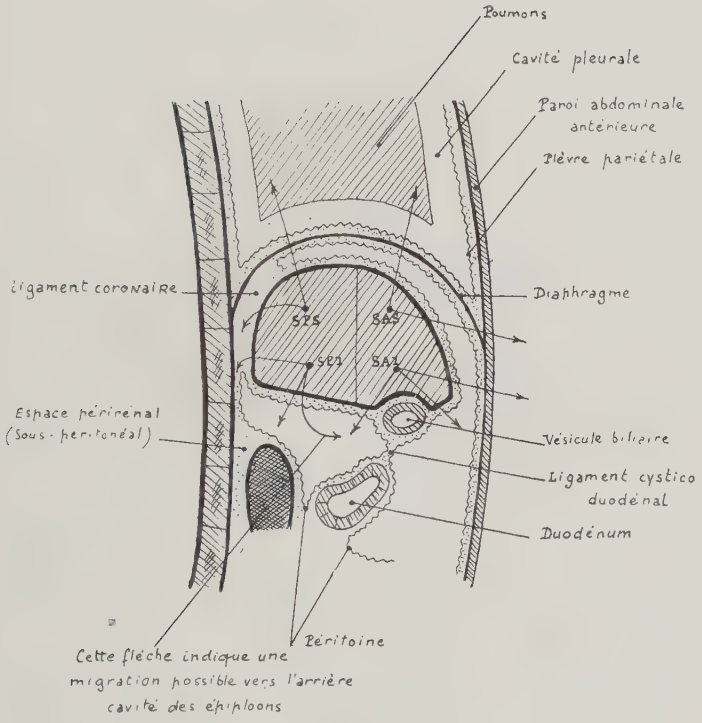

FIGURE 1

Division schématique du lobe droit du foie en secteurs indiquant les principales migrations des abcès : SAS, secteur antéro sup. ; SPS, secteur postéro sup. ; SP1, secteur postéro inférieur ; SA1, secteur antéro inférieur.

(Dr **Lacaze**, *Revue de Chirurgie*, 1928).

tonéales qui peuvent après phénomènes inflammatoires adhérentiels donner abri à des collections secondaires. Le schema explicite donné par le Dr Lacaze dans la *Revue de Chirurgie* de 1928, résume ces différentes migrations (fig. 1).

Ainsi donc, les péritonites localisées d'origine dysentériques pourront suivant leur siège se diviser:

1° En abcès sous-phréniques à développement thoracique, eux-mêmes pouvant être inter-phréno-hépatiques droits ou inter-phréno-hépato-gastro-spléniques.

2° En abcès sous-hépatiques soit à développement antérieur inter-hépato-colique, soit à développement postérieur collectés dans l'arrière cavité des épiploons telles les observations particulièrement intéressantes qui nous ont été communiquées par le Dr Perard de Casablanca et celle de Lacaze et Melnotte parue dans la *Revue de Chirurgie* de 1928 (obs. 24, 25 et 26).

L'anatomie pathologique de ces abcès prend dans ses grandes lignes le masque habituel des péritonites enkystées de ces régions, leurs parois se constituant des organes voisins et des replis péritonéaux épaissis par néo-formation inflammatoires.

Les organes qui limitent l'abcès sont refoulés, diaphragme en haut, côlon et foie en bas, tableau souvent complété de péri-viscérite, de pleurésie sèche ou fibrineuse pour les abcès sous-phréniques; péri-gastrite, péri-splénite, péri-hépatite pour les abcès sous-hépatiques.

Le volume de ces collections péritonéales enkystées est variable: allant de la grosseur d'un pois, à celle d'une tête d'enfant pouvant contenir plusieurs litres de pus et quand ils sont sous-phréniques, refoulant le diaphragme jusqu'à la troisième ou la quatrième côte.

Les abcès sous-hépatiques, au contraire, rapidement bridés par les organes environnants semblent toujours être de dimensions plus modestes que ceux qui ont trouvé un champ plus libre dans les loges inter-phréno-hépatiques.

Du reste, les adhérences sont tellement nombreuses au niveau de la face concave du foie qu'elles forment entre lui, l'intestin et l'estomac un véritable blocage adhérentiel qu'il faut dilacérer au doigt pour découvrir plusieurs collections dont l'une d'elle communiquera avec la collection hépatique originelle.

Ces collections enkystées peuvent ne pas rester localisées dans la région péri-hépatique et Petridis (obs. 20) nous rapporte un cas très intéressant où par suite de ruptures successives, le pus était venu se collecter dans la fosse iliaque droite: l'abcès primitif localisé à la partie portérieure de la face convexe du lobe droit avait contracté des adhérences serrées avec la partie correspondante du diaphragme qui était devenu partie intégrante de la paroi de l'abcès; cette première collection véritable abcès inter-phréno-hépatique communiquait par une coulée d'adhérence, avec une deuxième collection para-colique droite et c'est cette dernière qui, par rupture massive avait constitué la collection pelvienne, dernière étape vers laquelle l'espace pariéto-colique droit avait canalisé le processus purulent.

Un cas semblable nous est rapporté par Fabiani Valentini (obs. 23): Prise de prime abord pour un abcès appendiculaire, sa direction en coulée pariéto-colique avait incité le chirurgien à prolonger son incision vers le foie pour en faire l'exploration, établissant ainsi le véritable diagnostic originaire de cette collection; en effet, sur la face concave du lobe droit du foie, se montrait une tuméfaction de la grosseur d'une

orange, avec en son centre une perforation lenticulaire laissant sourdre un pus dense et verdâtre, le côlon ascendant, depuis l'angle hépato-colique jusqu'au cœcum protégeait la grande cavité.

Des abcès sous-hépatiques si l'une de leur paroi est toujours constituée par la face concave du foie, les autres sont d'aspect variable pouvant être constituées par la paroi abdominale, le côlon transverse en avant et l'estomac en arrière pour les abcès antérieurs.

Pour ceux-ci, dit Fontan, le pus reste, malgré l'étendue de son extension, en contact permanent avec la paroi qui détermine la direction que suit l'abcès migrateur en l'empêchant de se perdre au milieu des anses intestinales. »

Le foie, le pancréas et la face postérieure de l'estomac entreront dans la constitution de la paroi des abcès de l'arrière cavité des épiploons; ces organes pouvant être en contact direct avec le pus ou recouverts d'une couche plus ou moins épaisse de fausses membranes.

Deux faits anatomo-pathologiques établissent le caractère particulier de ces abcès: le premier c'est la qualité du pus, contenant de nombreux flocons purulents avec son aspect particulier couleur brun chocolat et l'absence ou la présence en son milieu d'éléments microbiens surajoutés. A ce point de vue, le pus amibien doit être comparé au liquide hydatique, l'infection atteint l'abcès amibien aseptique comme elle complique un kyste hydatique aseptique et à l'intervention le dernier temps opératoire de suture primitive ou de drainage du foyer péritonéal ne peut être dicté que par un examen microbien extemporané prouvant la présence ou l'absence d'agents surajoutés.

Le deuxième fait est la constitution si caractéristique en bouton de chemise de ces collections purulen-

tes: l'abcès intra-hépatique soit spontanément, soit à l'occasion d'un effort, a rompu sa barrière glissonnienne pour se faire jour au dehors et comme nous le disions plus haut, il s'est rompu dans un milieu adhérentiel.

La collection enkystée, péritonite localisée, n'est donc qu'un diverticule de la collection primitive intra-parenchymateuse.

Les deux cavités ainsi constituées, communiquent par un orifice dont les dimensions varient à chaque cas: soit orifice fistuleux, lenticulaire, soit plus vaste admettant l'extrémité du doigt, à bords flottants et déchiquetés; dans d'autres cas les orifices de communication peuvent être multiples, deux ou trois ou se présenter sous forme de déchirure ou fente à bords irréguliers.

Dans la grande majorité des cas, l'abcès hépatique est unique. Il ne faut pas cependant considérer qu'il s'agisse d'une loi absolue car cette assertion serait dangereuse au point de vue thérapeutique: en effet, bien des observations nous ont montré soit un orifice de migration unique pour une agglomération d'abcès de dimensions variables accolés les uns aux autres, soit un abcès en état de migration péritonéale, avoisinant d'autres collections purulentes intra-hépatiques encore distantes de la surface de l'organe, ces différentes collections étant séparées par des bandes de substance glandulaire épaisse, jaunâtre, comme caséeuse.

Ainsi, ces abcès en bissac, sont formés d'une collection unique et vaste intra-hépatique sous-glissonnienne, quelquefois de collections restreintes et multiples, collections intra-hépatiques communiquant avec la collection péritonéale enkystée, soit sus soit sous-hépatique. Il arrive comme dans l'observation 11 de

Combay, que toute une moitié du lobe droit ait été détruite par la suppuration présentant les dimensions d'une tête fœtale à terme, de sorte que la paroi supérieure du foyer n'était plus représentée que par la capsule de Glisson adhérente au diaphragme.

Ces constatations anatomo-pathologiques ont toute leur importance: elles dictent les directives chirurgicales: celle de penser lors de l'intervention à la possibilité d'abcès multiples et l'abcès rupturé découvert et exploré, de pratiquer l'inventaire le plus complet possible du foie dans le but de dépister d'autres collections en évolution latente et cliniquement insoupçonnées.

Sambuc, dans une statistique portant sur 89 cas donne:

56 abcès uniques soit 63 %
33 abcès multiples soit 37 %.

Ce qui constitue un pourcentage élevé de ces derniers.

Bien mieux nous rapportons des observations intéressantes d'abcès double dont l'un à évolution thoracique ouvert dans la plèvre alors que celui de la face concave s'était fait jour dans le péritoine.

Dans l'observation 43 de Foiret, un abcès de la convexité de la dimension du poing communique par une vaste perte de substance du diaphragme avec un foyer de pleurésie purulente enkystée, tandis que la face concave du lobe gauche est le siège d'un deuxième abcès communiquant avec une collection péritonéale enkystée plaquée par des adhérences au-devant de l'épiploon gastro-hépatique.

Rappelons l'aspect des parois de l'abcès intra-hépatique, parois irrégulières, anfractueuses, formées de tissu glandulaire rougeâtre et dur d'une friabilité extrême, se déchirant facilement et se réduisant même

en bouillie à l'exploration digitale; dans toute la zone environnante le tissu hépatique est œdématié et infiltré de liquide séro-purulent parfois abondant.

Il est actuellement nettement admis et indiscutable que ces collections péritonéales enkystées ne peuvent être originaires que d'un abcès intra-glandulaire. Il n'existe pas d'abcès amibiens péritonéaux sans attaque primitive du foie, comme il n'existe pas de kystes hydatiques péritonéaux, sans kystes primitifs du foie ou de la rate. Ce n'est que secondairement que la péritonite peut acquérir son indépendance.

« J'ai soigneusement dit Roger, examiné plusieurs de ces cas amibiens, ainsi que les comptes rendus d'autopsies de beaucoup d'autres, et je ne suis jamais parvenu à me satisfaire moi-même, en admettant qu'un abcès péri-hépatique peut se former primitivement en dehors du foie lui-même. Ce qui se produit en réalité est que lorsqu'un abcès amibien superficiel du foie s'ouvre dans quelque ère du voisinage la cavité primitive se rétrécit, de façon à ne laisser qu'une petite excavation à la surface du foie et le siège primitif de la suppuration tend ainsi à disparaître. »

Il n'est du reste pas rare que s'étant vidé dans sa poche péritonéale, l'abcès primitif sous l'effet de la compression abdominale se ratatine, rapproche ses parois diminuant ainsi considérablement ses dimensions, jusqu'à ne laisser qu'une toute petite cavité.

L'irruption de l'abcès dans la cavité péritonéale libre entraîne les réactions séreuses habituelles de la péritonite généralisée; toute la cavité abdominale est remplie d'une sérosité louche, dans laquelle baigne les anses intestinales dilatées, mais libres sur lesquelles les fausses membranes ne se sont pas encore agglomérées. Ça et là pourtant, surtout dans les parties déclives de la cavité péritonéale, on trouve quelques mem-

branes jaunâtres, molles, mais que la compresse enlève facilement.

Toute la séreuse est rouge, congestionnée par le contact de ce liquide étranger, mais ne présente tout de même pas l'aspect particulier des péritonites infectées, à moins que le pus amibien ne contienne des germes associés.

Nous retiendrons tout de même que le maximum du liquide baigne les fosses lombaires iliaques et le Douglas, toutes cavités déclives qu'il faudra soigneusement assécher pour éviter toute rétention soit déjà infectée, soit susceptible de contamination secondaire par le voisinage intestinal.

La symptomatologie de ces péritonites présente le tableau habituel des autres péritonites généralisées. C'est la douleur brutale en coup de poignard, rapidement irradiée dans tout l'abdomen, mais gardant toutefois son maximum dans la région hépatique et sous-hépatique et fait caractéristique que nous avons relevé dans toutes nos observations, il y a toujours irradiation à l'épaule droite.

La contracture abdominale généralisée, l'hyperesthésie cutanée, la petitesse du pouls, les vomissements et le facies caractéristique accompagnent les signes précédents.

Et si le malade n'était pas connu avant ces accidents brutaux, le diagnostic étiologique en serait impossible, comme le prouvent du reste toutes les observations rapportées.

Ce diagnostic ne peut être qu'une probabilité avant l'opération et une surprise de cette dernière.

Les péritonites amibiennes localisées, elles aussi prennent le masque du tableau clinique des autres péritonites localisées.

C'est la douleur peut-être moins aiguë qui accompagne la rupture en cavité péritonéale libre, la défense pariétale est localisée dans la région sous-hépatique, défense pariétale qui permet tout de même à la palpation de percevoir l'empâtement profond dont la matité se continue avec celle du foie. D'autres fois l'hypochondre droit est saillant, en état de tuméfaction due à la fois à l'hypertrophie hépatique et à la collection péritonéale enkystée. Dans d'autres cas la tuméfaction est plus nette, en continuité en haut avec le foie, tandis que par son pôle inférieur elle atteint la ligne ilio-ombilicale, plongeant en arrière dans la fosse lombaire, comme dans l'observation de Bressot (obs. 19). L'hyperthermie à oscillations, le pouls rapide, l'aspect particulier de l'infecté abdominal, ainsi que la formule sanguine viennent compléter ce tableau clinique.

Les abcès sous-phréniques garderont eux, toute leur symptomatologie si particulière; la douleur violente et étendue, à toute la base thoracique droite s'irradiant le long du phrénique, à l'épaule et à la base du cou, avec exacerbation aux fortes inspirations et aux quintes de toux, puis la voussure de la base thoracique droite avec immobilisation des espaces intercostaux à son niveau, immobilisation qui se continue du reste avec une paroi abdominale contracturée et douloureuse. La percussion et l'auscultation révèlent des signes d'irritation de la base pleuro-pulmonaire et ce tableau clinique se complète et s'illustre par l'examen radioscopique. Seul reste à faire le diagnostic étiologique qui a toute son importance au point de vue thérapeutique.

Il faut donc rechercher tous les éléments utiles, en vue du diagnostic différentiel pour tacher de différencier ces migrations des lésions des organes voisins:

perforations d'ulcère duodéno-gastrique,
complications de la lithiase biliaire,
rupture de kyste hydatique,
appendicite aiguë, etc...

Les premières données intéressantes seront fournies par l'interrogatoire du malade ou celui de son entourage; ce premier interrogatoire a une importance toute particulière.

Seule l'étude minutieuse de leurs antécédents personnels: passé colonial, voire même la cohabitation avec des coloniaux, comme dans l'observation de Huet, où le malade n'étant jamais sorti de France avait contracté sa dysenterie dans les tranchées, doit être déjà une forte présomption en faveur de l'amibiase. Et le moindre phénomène dysentérique, soit récent, soit éloigné doit être d'un grand secours dans la supposition d'une complication péritonéale d'un abcès amibien, surtout quand s'y ajoute douleur et défense plus marquée dans la région sous-hépatique, et que la palpation, la percussion permettant d'affirmer une hypertrophie hépatique, hypertrophie avec douleur provoquée et douleur spontanée, s'accompagnant d'irrradiations à l'épaule droite. Malgré cela les faits montrent que malgré toute la sagacité des cliniciens il est impossible de poser un diagnostic précis: on se trouve devant un syndrome péritonéal qui commande l'intervention.

Migrations intra-pleurales

Les migrations intra-thoraciques sont obligatoirement précédées d'une phase de réaction inflammatoire adhésive, inter-hépato-phrénique avec myosite concomitante du diaphragme. Elle seule conditionne ces migrations supérieures.

Distendue soit sur toute sa surface soit en une zone limitée par la collection purulente sous-jacente, la face convexe du foie se met en contact intime avec le diaphragme, le refoulant dans le thorax et contre le gril costal.

Ainsi étiré le muscle s'applique intimement à la surface tumorale et son immobilisation favorise la production de fausses membranes, d'adhérences qui rapidement s'organisent en tractus fibreux résistants. A ce contact, les fibres musculaires atteintes par l'infection, perdent leur résistance et la zone de myosite dont la dimension est fonction de l'étendue adhérentielle établit maintenant le contact entre la paroi de l'abcès et la plèvre diaphragmatique.

L'irruption dans la cavité pleurale, une des plus graves de ces complications dépendra de la rapidité des événements qui n'auront pas permis à la base pulmonaire d'adhérer au diaphragme avec possibilité d'évacuation du contenu de l'abcès par la grosse bronche souche droite.

Ainsi, après ces deux phases, la première mécanique d'étirement, la deuxième infectieuse ulcérative, le diaphragme sous la pression constante du pus cède soit brusquement, soit progressivement et l'irruption puru-

lente se fera soit en cavité pleurale libre, soit en cavité pleurale adhérentielle, éventualité moins grave, moins dramatique, mais malheureusement plus rare que la première.

A la partie culminante de la voussure phrénique, l'orifice de communication inter-hépato-pleural en général unique peut se présenter sous forme d'un étroit pertuis, de fissure ou d'ouverture plus étendue à bords étoilés de dimension variable 2 à 4 centimètres et même 10, 12, 15 cmc; comme dans les observations 40 et 41 de Rouis. Dans l'observation 57 de Foiret, le diaphragme offre deux ouvertures à bords frangés, ouverture assez large pour admettre deux doigts. Bressot (obs. 45) trouve trois petits pertuis de la dimension d'une tête d'épingle faisant communiquer les deux collections hépatique et pleurale. Les bords de l'orifice sont parfois d'une telle netteté comme le dit Rouis : « qu'on les croirait produits à l'emporte-pièce. »

La destruction du muscle peut-être plus importante et nous avons relevé des pertes de substances étendues, voire même une destruction de toute la moitié du muscle. Quoi qu'il en soit, le foie reste solidement soudé au pourtour de la perforation phrénique « celle-ci, dit Fontan, s'adapte exactement au goulot de l'abcès. »

L'étape phrénique franchie trois éventualités peuvent se présenter:

1° Des adhérences étendues pleuro-pulmonaires ont devancé l'irruption intra-thoracique; l'abcès s'ouvre dans la branche souche droite modalité clinique la plus fréquente, la plus connue mais qui n'entre pas dans le cadre de notre travail. Fontan sur 24 migrations thoraciques cite 3 migrations intra-pleurales contre 21 intra-pulmonaires. Il attribue à la situation de l'abcès la raison d'être de l'irruption intra-pleurale:

si l'abcès siège au centre de la convexité hépatique ou sur son versant postérieur, au point où la séreuse pulmonaire est en contact fréquent avec le diaphragme, le poumon descendant plus en arrière que sur les côtés ou en avant, l'abcès fait irruption dans le poumon.

Si au contraire, l'abcès ulcère le diaphragme en un point marginal soit dans le sinus costo-diaphragmatique, soit en un autre point périphérique, le glissement incessant des séreuses ne donne pas aux adhérences le temps de se former et le pus fait irruption dans la cavité pleurale refoulant le poumon qui recule devant son envahissement progressif.

2° Par une évolution plus torpide la rupture de l'abcès se fait dans un milieu adhérentiel avec formation de pleurésie enkystée à la base, à type diaphragmatique.

3s Enfin la troisième la plus fréquente par manque ou insuffisance d'adhérences inter-phréno-pulmonaires la rupture se fait en cavité pleurale libre avec formation de pyo ou de pyo-pneumothorax suivant l'état de pureté ou d'infection secondaire du pus.

Les migrations dans la plèvre gauche sont la rarissime exception, nous n'en avons pas trouvé d'observation.

Nous avons pu réunir 28 observations de migrations intra-pleurales dont:

7 enkystées,
21 en plèvre libre.

Les irruptions en plèvre cloisonnée se font surtout dans le cul-de-sac pleuro-diaphragmatique : le poumon adhérant par sa base au centre phrénique s'est progressivement accolé par montée adhérentielle lente à la paroi thoracique, laissant ainsi libre le cul-de-sac pleural inféro-externe.

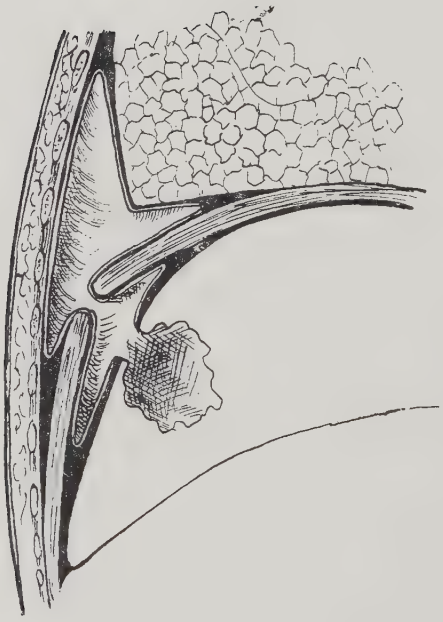

FIGURE 2

Abcès hépatique avec poche sous-diaphragmatique
et ouverture dans la plèvre

Les abcès du versant externe de la convexité et de l'extrême droite du foie adhérant à la paroi costo-diaphragmatique ont traversé le muscle et se sont déversés dans le cul-de-sac pleuro-diaphragmatique libre. Signalons enfin, avec Fontan, que des collections sous-phréniques enkystées peuvent être intermédiaires entre l'abcès du foie et l'épanchement pleural d'où constitution de trois poches toutes communicantes : hépatique, sous-phénique et pleurale (fig. 2).

Ainsi ces épanchements purulents enkystés de la base sont limités par la paroi costale en dehors, le poumon en haut et en dedans, tandis que le diaphragme en forme de plancher, établissant par sa perforation de dimensions variables la zone de communication entre l'abcès hépatique et la collection pleurale. Ces collections enkystées peuvent remonter plus ou moins haut le long de la paroi thoracique; dans l'observation 41 de Bouis, la paroi a 15 cmc. de haut, remontant verticalement jusqu'à la quatrième côte.

Enfin, comme Sambuc et Molinié l'ont montré, il semble qu'il puisse exister de véritables abcès pleuro-amibiens de voisinage sans qu'il y ait eu perforation du diaphragme et communication entre la plèvre et l'abcès hépatique: ce fait quoique rare est à retenir à toute fin thérapeutique utile. Sambuc, en effet, relate l'observation d'un malade chez lequel on s'était trouvé en présence de symptômes pleuraux de la base droite, qui malgré un traitement médical approprié avaient été suivis de vomiques répétées à liquide purulent de couleur café au lait, l'autopsie révélait un épanchement pleuro-médiastinal sans traces de perforation du diaphragme.

Les migrations en plèvre libre déterminent d'une façon rapide et brutale des épanchements considérables de pus de séro-pus ou de mélange pyo-gazeux

dans les cas d'abcès à infection anaérobie. Le poumon est refoulé en masse, tassé contre le médiastin et dans la gouttière vertébro-costale. Le tissu pulmonaire peut être sain, d'autres fois hépatisé, il arrive même qu'on puisse constater sa destruction presque complète comme dans l'observation 53 où il n'existait plus qu'au sommet: les trois quarts inférieurs avaient été détruits par la suppuration, et ses débris nageaient au milieu d'un liquide abondant couleur lie de vin.

La plèvre s'épaissit dans toute son étendue, elle est enduite de fausses membranes, de flocons membraneux; presque toujours le diaphragme proémine dans la cavité pleurale, sous forme d'un dôme de hauteur anormale donnant l'impression, dit Petridis, d'être refoulé en haut par le foie sous-jacent; en son point le plus culminant s'ouvre l'orifice de communication inter-hépato-pleural; telle l'observation 54 où Rouis montre à l'autopsie le diaphragme remontant jusqu'au niveau de la quatrième côte et présentant à sa partie supérieure une fissure de la dimension d'une plume d'oie faisant communiquer la cavité pleurale avec un vaste abcès situé dans la couche culminante du lobe droit du foie.

Deux abcès hépatiques voisins, comme dans l'observation 64 de Micheleau, peuvent s'ouvrir l'un dans le poumon, l'autre dans la plèvre ou le même abcès peut s'ouvrir à la fois dans le poumon et dans la plèvre. (Observation 41 de Rouis): un énorme abcès de forme sphéroïdale dont les deux tiers inférieurs sont creusés aux dépens du lobe droit du foie, le tiers supérieur occupant la base du poumon correspondant, la zone intermédiaire du diaphragme a complètement disparu et dans sa partie externe l'abcès s'est ouvert dans le sinus costo-diaphragmatique, d'épaisses pseudo-membranes retiennent la base du poumon adhérente à ce

qui reste de la périphérie du diaphragme et aux parois du thorax.

Le même type anatomo-pathologique se retrouve dans l'observation 61.

Le pus est en quantité variable, en général abondant, présentant la caractéristique du pus amibien pus séreux, louche, tenant des grumeaux en suspension, pus couleur lie de vin ou café au lait, éclairci et séreux dans ses parties supérieures plus épais et compact dans les parties déclives de la séreuse, ou présentant cette odeur si caractéristique, *sui generis*, en cas d'infection coli-bacillaire.

A ces deux migrations, l'une totale,massive, l'autre partielle, correspondent des manifestations cliniques, les unes brutales, dramatiques, les autres torpides.

C'est au cours d'une hépatite dont les manifestations peuvent être variables, qu'après une phase, du reste courte, de toux quinteuse très pénible, à douleur hépatique violente, stade qui, pour Fontan, marque la phase de la pleurésie diaphragmatique, que le malade est, sans raison apparente, pris d'une douleur intense, d'une sensation de déchirement extrêmement pénible prenant toute la partie droite et antérieur de la base thoracique pour de là irradier à l'épaule droite, à l'omoplate et jusque dans la base du triangle sus-claviculaire à mi-distance du sterno-cléido-mastoïdien et du trapèze, toute irradiation qui souvent précède et annonce la migration thoracique; car, dit Fontan, « cette douleur en bretelle implique la relation du nerf phrénique et du plexus cervical et est l'indice de l'envahissement du diaphragme par l'inflammation hépatique. »

La toux, le moindre mouvement, la percussion exacerbent cette douleur à laquelle s'ajoute l'anxiété et la dyspnée intense si particulière des inondations pleu-

rales; la matité hépatique déjà augmentée du côté abdominal, se continue avec une matité thoracique anormale remontant plus ou moins haut, atteignant en général l'épine de l'omoplate, l'auscultation laisse constater la triade classique: abolition du murmure vésiculaire, œgophonie, souffle tubaire.

La ponction ramène du pus hépatique couleur café au lait ou chocolat, pus fibrineux sans odeur, ne contenant pas d'éléments microbiens isolés et dont l'ensemencement ne donne naissance à aucune colonie microbienne.

Dans les cas de limitation de la migration pleurale, les signes cliniques sont bien moins nets, l'épanchement se forme lentement, insidieusement avec une douleur constante progressive et ne revêtant pas le caractère d'acuité de l'inondation pleurale totale ; l'épanchement se forme lentement, sans réaction générale bien marquée, une toux légère, une gêne médiocre de la respiration semblent résumer les symptômes fonctionnels. Toujours la matité hépatique est exagérée du côté thoracique; l'auscultation ne révèle pas les signes habituels des lésions pleuro-pulmonaires de la base, mais comme Grall insiste avec raison la distinction n'est pas toujours facile à faire entre la localisation pleurale et pulmonaire. Seule la radioscopie pose la certitude du diagnostic montrant l'exagération de l'ombre hépatique difficilement dissociable de l'ombre pleurale de la base et l'absence de toute mobilité du diaphragme à ce niveau.

Ainsi donc, l'irruption intra-pleurale peut se faire, comme Molinié l'a montré, suivant trois modalités cliniques:

Soit sous forme d'irruption brutale déterminant une pleurésie suraiguë massive où la mort survient en

quelques heures (obs. du Dr Thompson dans le *British Médical Journal*, 1867).

Soit sous forme de pleurésie aiguë avec inondation de la cavité pleurale libre.

Soit enfin après une phase adhérentielle préparatoire, irruption lente en milieu cloisonné avec pleurésie enkystée.

Ainsi, offrant des modalités sus-diaphragmatique différentes, la migration purulente présente toujours la même phase sous-phrénique, péritonite adhésive inter-hépato-phrénique, myosite et perforation du muscle et ces stades marquent les étapes classiques de la migration thoracique de l'abcès.

L'évolution de ces pleurésies amibiennes, si elles sont infectées secondairement ne diffèrent en rien de celles des autres pleurésies; seule reste intéressante celle de la pleurésie amibienne pure qui de par l'absence de tout agent microbien peut déterminer des symptômes infectieux moins intenses et présenter une évolution plus longue et une marche vers la guérison par un simple traitement par ponction et traitement médical spécifique émétino-arsénical.

L'observation de Proust et Ramond (obs. 65) est un fait remarquable où le traitement aidé de ponctions évacuatrices a suffi à tarir complètement et définitivement le pyothorax et l'hépatite suppurée qui leur avait donné naissance.

« L'action bienfaisante de la cure arsénico-émétinique, disent ces auteurs, ne s'est donc pas limitée au foie amibien, elle l'a débordé pour s'étendre à l'une de ses complications, la pleurésie purulente secondaire. »

D'autres peuvent évoluer comme empyème de nécessité, tandis qu'il en est qui se feront jour à l'exté-

rieur par la voie bronchique par ulcération progressive du tissu pulmonaire adjaçant; de sorte que l'irruption intra-pleurale semble n'être qu'une étape de la migration thoracique de l'abcès du foie: évolution qui se rencontre surtout dans les pleurésies enkystées où le pus arrive toujours à déterminer de la congestion ulcérative du parenchyme pulmonaire; l'observ. 40 de Rouis relate une collection pleurale enkystée entre la paroi costale, le diaphragme et le poumon; ce dernier refoulé en haut et en dedans, a subi une transformation d'hépatisation rouge et le tissu pulmonaire est déjà entamé par la suppuration sur tous les points où il sert de paroi à l'abcès.

Foiret (obs. 43) relate une pleurésie enkystée aplatissant en dedans le lobe inférieur du poumon droit, avec communication bronchique par un trajet fistuleux de la grosseur d'une plume d'oie, tandis que par sa partie inférieure la poche pleurale voisine par l'intermédiaire d'une perte de substance diaphragmatique avec l'abcès hépatique primitif.

Il se forme ainsi entre le poumon et le foie un clapier pleural de rétention à évacuation difficile et incomplète qui par suite d'une infection secondaire descendante pourra être si l'on n'intervient pas le point de départ de phénomènes septiques graves.

Le même abcès peut s'ouvrir à la fois dans la plèvre et dans le poumon et Micheleau (obs. 64) relate un cas d'abcès double, l'un ouvert dans la plèvre, l'autre dans la bronche. Ainsi ces modalités évolutives peuvent être multiples, nous permettant de dire avec Grall, que les migrations intra-thoraciques sont rarement, mis à part les cas d'irruption brutale dans la plèvre, strictement pleurale ou pulmonaire. « Nous admettons, dit-il, qu'on définisse et qu'on décrive des formes que nous appellerons des migrations thoraci-

ques totales à la fois pulmonaire, pleurale et bronchique. »

On comprend aisément la difficulté d'interprétation de pareils malades et les erreurs de diagnostic inévitables même quand la suppuration n'est qu'hépatique, ne dépassant pas encore la barière phrénique et laissant croire à des lésions thoraciques avec élargissement de la base droite, douleurs à son niveau, amoindrissement du bruit respiratoire, ou bruits surajoutés avec souffle, toux et fièvre. Quand l'accident pleural s'est manifesté tous les diagnostics sont possibles.

Pleurésie aiguë grippale.

Inondation de la cavité pleurale par abcès ou kyste hydatique suppuré du poumon ou du foie.

Même à cette phase le diagnostic est difficile, d'autant plus qu'hépatite et pleurésie peuvent avoir des signes communs, bruit de souffle, toux, fièvre pouvant appartenir à l'un ou à l'autre, et le diagnostic clinique devient impossible dans les cas de pleurésie enkystée de la base.

La ponction même peut induire en erreur d'autant que le pus amibien n'offre pas toujours son aspect caractéristique.

Enfin, nous pourrions affirmer que même à l'intervention l'abcès peut passer inaperçu; on a opéré la pleurésie purulente et l'on n'a pas vu la perforation diaphragmatique.

A l'appui de ces données nous rapportons les paroles de M. Costantini qui nous disait dans *l'Algérie Médicale*, 1931, p. 184: « La nature de l'empyème peut être méconnue même après ouverture large de la plèvre. C'est ainsi que nous avons pu voir dans notre service un malade porteur d'une fistule thoracique à la suite d'une opération pour empyème faite douze ans auparavant. Des opérations larges ne réussirent

pas à guérir cette fistule un hasard d'interrogatoire nous permit de soupçonner le diagnostic étiologique, et la fistule se fermait après quelques piqûres d'émétine. »

Enfin, il ne faut pas oublier et nous l'avons déjà dit que la pleurésie purulente (Sambuc) peut exister comme complication de l'abcès du foie sans communication phrénique.

Seule l'étude minutieuse des antécédents personnels du malade, la coexistence d'un état dysentérique, le passé colonial peuvent faire émettre la possibilité du diagnostic, supposition que la ponction pleurale transformera en presque certitude.

Ainsi, faute de diagnostic étiologique, précis, voire même d'exploration opératoire du plancher diaphragmatique, on risque de ne pratiquer que l'opération de l'empyème et de laisser subsister l'abcès du foie dont l'évolution ultérieure peut être grave de conséquences.

Migrations intra-péricardiques

La migration intra-péricardique reste la plus exceptionnelle complication des abcès du foie, et devient de plus en plus rare, l'hépatite amibienne du lobe gauche, d'un diagnostic plus facile, peut être plus rapidement traitée.

Bertrand et Fontan en 1895 n'en citent que 13 cas.

Terrier et Oudard la considèrent comme tout à fait exceptionnelle.

Petridis et Zancarol citent 731 cas d'abcès du foie opérés avec seulement trois ouvertures dans le péricarde soit 0,4 %.

De nombreuses raisons anatomiques expliquent le nombre restreint de cas où le pus fuse vers le péricarde pour s'y faire jour.

C'est tout d'abord Rouis qui montre le nombre infime de localisations dans le lobe gauche: sur 187 autopsies l'auteur ne rapporte que 33 abcès du lobe gauche pour 154 du lobe droit qui reste le lieu d'élection ainsi que nous l'avons montré antérieurement.

Foiret cite 71 localisations du lobe gauche pour 300 du lobe droit.

Gaide, 18 du lobe gauche pour 169 du lobe droit.

Sambuc, 19,38 % du lobe gauche et 77,50 % du lobe droit.

Enfin, dans les observations que nous rapportons, nous avons trouvé 65 localisations dans le lobe droit et 15 dans le lobe gauche.

Allan, Rokitansky, Foweler, Rendu, Beranger-Féraud, Fontan insistent sur cette rareté qui s'explique par le peu de rapport existant entre le péricarde et le foie par l'intermédiaire du diaphragme d'autant que le centre aponévrotique du muscle doublé du sac péricardique oppose à la marche du pus une résistance plus grande. Enfin à toutes ces raisons, s'ajoute le mode évolutif des abcès du lobe gauche et Sambuc a insisté sur leur pronostic plus favorable: dès qu'il est hypertrophié, le lobe gauche a tendance à se porter vers la paroi abdominale antérieure dans l'angle xyphocostal et ne rencontrant pas la solide barrière de la cage thoracique, il découvre sa lésion, devient accessible, ainsi l'abcès n'a pas tendance à migrer vers les organes voisins.

De nos 80 observations, 13 intéressent le péricarde.

Comme la plèvre, la séreuse péricardique peut réagir au voisinage d'une hépatite et être le siège d'épanchement de sérosité citrine plus ou moins abondante: l'augmentation de la matité cardiaque, l'éloignement des bruits du cœur, les symptômes fonctionnels de la gêne cardiaque, en marquent le tableau clinique qui s'étant installé d'une façon progressive ne ressemble en rien à la brusquerie dramatique de l'irruption du pus dans le péricarde.

Les protocoles d'autopsie se sont révélés à peu près toujours identiques: la distention du sac péricardique remplit de liquide purulent, d'aspect jaunâtre, plus rarement rosé ou lie de vin, et la séreuse recouverte d'un exsudat jaunâtre.

Dans l'obs. 76 de Corolleur le péricarde contenait 250 gr. d'un mélange de pus et de sang; les moyennes sont de 150 à 250 gr.; dans l'observation 79 de Petridis il y avait 500 gr. de pus.

Les orifices de communication, de dimensions variables, sont situés en plein phrénique et conduisent dans l'abcès du lobe gauche. Dans l'observation 75 (Corolleur) cet orifice avait la dimension d'une pièce de 5 francs, dans l'observation 76, les lésions sont plus complexes, l'abcès du volume d'une orange occupe le lobe gauche du foie qui s'est ouvert dans le péricarde d'une part, dans le poumon droit d'autre part; le péricarde communique par deux tunnels avec l'abcès hépatique, alors que lui-même par l'intermédiaire d'un long trajet fistuleux se trouve réuni à un abcès de la base pulmonaire droite.

La migration peut donc ne pas être uniquement péricardique, elle peut se faire encore simultanément dans le péricarde et le poumon, dans le péricarde et dans la plèvre (obs. 80 de Scuderi) ou dans le péricarde et à la peau comme dans l'observation de Chevalier et de Seguin (*Archives de Médecine Navale*, 1907).

Enfin, Sambuc (obs. 77) cite un cas d'irruption intrapéricardique avec érosion de la veine cave inférieure.

La mort est en général rapide, vingt minutes (Rouis); huit heures ou même une nuit (obs. 72 et 79 de Petridis).

D'autres observations révèlent une évolution plus lente, connaissance qui a toute son importance au point de vue diagnostic et thérapeutique.

Dans l'observation 70 de Petridis le malade présentait une tuméfaction fluctuante au creux épigastrique une forte dyspnée une matité cardiaque exagérée avec frottements à l'auscultation et assourdissement du bruit du cœur; il meurt le 31 octobre alors que les symptômes existaient dès son entrée à l'hôpital le 23 septembre et l'autopsie révèle un petit abcès du lobe gauche du foie communiquant avec le péricarde

qui contient du pus et des flocons pseudo-membraneux. Il semble donc que la migration se soit faite lentement, évoluant à bas bruits, permettant, si le diagnostic avait pu être posé, une intervention chirurgicale qui aurait été plus effective.

Nous retrouvons le même genre d'évolution lente dans le cas cité par Scuderi.

Dans l'observation de Sambuc le malade hospitalisé le 20 décembre avec le diagnostic d'angine de poitrine ne meurt que le 24 décembre. L'autopsie révèle 150 gr. de liquide purulent intra-péricardique.

Il semble donc, comme le disait Hartmann à la Société de Chirurgie de février 1925, au sujet de l'observation de Petridis, qu'il y ait lieu de réviser l'opinion actuellement classique de la mort rapide, brutale ne permettant l'apport d'aucun secours.

Les cas que nous avons rappelés sont donc à retenir car, comme le dit Hartmann, si l'ouverture dans le péricarde n'est pas suivie de mort immédiate, on interviendra peut-être dans l'avenir sur le péricarde et non plus seulement sur l'abcès hépatique.

La symptomatologie des autres observations est beaucoup plus brutale:

Il faut donc étudier la limite de la matité supérieure de la zone tumorale douloureuse, localisée dans la région épigastrique ou au contact du rebord costal gauche et rechercher si dans le prolongement de la ligne mammaire gauche ne s'y ajoute pas une exagération de la matité cardio-pulmonaire; Petridis trouve cette matité atteignant la 7e côte sur la ligne axillaire antérieure.

C'est au cours de ce tableau symptomatique que le malade est subitement saisi de douleurs violentes dans la région précordiale avec dyspnée, cyanose, sueurs froides, petitesse et irrégularité du pouls, tableau cli-

nique à issue rapidement fatale, malgré la plus sévère thérapeutique médicale, ne permettant pas l'application d'une sanction chirurgicale immédiate.

Ainsi donc, la douleur précordiale, l'angoisse, l'affaiblissement du pouls, l'élargissement de la matité cardiaque, l'éloignement des bruits du cœur, devront chez un malade à passé dysentérique éveiller la possibilité d'une migration intra-péricardique, la radiographie sera d'un précieux secours dans ce diagnostic.

Traitement

L'emploi systématique de l'émétine dans le traitement de l'amibiase a été l'une des plus belles applications de la chimiothérapie.

Son action élective sur l'amibe réduit, même en cas de complications, les délais de guérisons, surtout lorsque le pus est amicrobien.

Le pronostic de l'acte chirurgical a lui-même été profondément modifié; l'opération comme le dit notre Maître M. le Professeur Costantini « ne se résume plus qu'à un acte d'évacuation. »

La question d'infection secondaire du pus amibien primitivement stérile et qu'on peut au point de vue biologique comparer au liquide hydatique a une importance capitale au point de vue pronostic et modalité opératoire.

Fort heureusement cette infection secondaire est rare et M. Costantini affirmait à la Séance de Chirurgie de mars 1929 que le pus amibien se montre amicrobien dans la grande majorité des cas. Les constatations faites dans le service de la clinique chirurgicale cadrent avec celles de la majorité des autres auteurs.

Hartmann-Keppel (Société de Chirurgie, 1923), note cette absence microbienne dans la majorité des cas.

Leroy des Barres et Heymann trouvent le liquide stérile 25 fois sur 25.

Cependant Lacaze et Melnotte donnent une proportion plus grande d'abcès secondairement infectés soit

11 %, leurs constatations concordent avec celles de Rogers qui n'admet que 62 % d'abcès amicrobiens. Ces faits sont à retenir, ils montrent la nécessité de l'examen, du pus au cours de l'intervention. Macroscopiquement, sauf son odeur caractéristique en cas d'infection collibacillaire, son aspect kaki, café au lait, chocolat, différents termes employés par les auteurs, affirmant presque à coup sûr son origine hépatique ne permet pas d'éliminer la possibilité d'une association microbienne.

L'examen microscopique extemporané est donc l'un des temps principaux de l'intervention, puisque seul il dicte, qu'il s'agisse d'abcès simple ou compliqué de migration séreuse, la détermination à prendre entre le drainage et la fermeture primitive de la cavité séreuse.

Fermer une plèvre, un péritoine ou un péricarde sur du pus peut paraître un non sens chirurgical; c'est pourtant la meilleure méthode en cas de pus amicrobien: notre observation 38 en est la meilleure preuve.

Donc en règle générale, toute migration séreuse impose l'intervention chirurgicale qui doit être urgente et comprendre deux temps.

1° Ouverture de la séreuse.

2° Recherche et cure de l'abcès hépatique, et le dernier temps opératoire comporte pour nous après examen microscopique la formule suivante:

Présence de microbes: Drainage.

Etat amicrobien: Fermeture primitive.

Ceci posé, nous pouvons maintenant étudier le traitement chirurgical de chacune de ces migrations et la technique opératoire qui lui convient.

Qu'il s'agisse d'un syndrome de péritonite localisée ou de péritonite diffuse, la migration intra-péritonéale

qui l'a déterminée nécessite une seule sanction thérapeutique: l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas nous nous trouvons en présence d'un infecté chez lequel l'incision de la collection s'impose, toute précaution prise pour ne pas ouvrir la séreuse saine; l'incision pariétale doit être suffisamment grande pour permettre l'exploration des parois de la collection et en trouver l'origine: sur la face inférieure du foie, on trouve la communication avec l'abcès intra-hépatique, dès lors il faut pratiquer au doigt l'agrandissement de cet orifice de communication, l'assèchement des deux cavités purulentes et la fermeture totale ou le drainage suivant que l'examen microscopique immédiat a été négatif ou positif. Toutefois, même en cas d'absence d'éléments microbiens, l'étendue des surfaces cruentées, la profondeur de la lésion pouvant faire craindre une rétention secondaire post-opératoire, peut nécessiter comme dans l'observation 1 (Costantini et Roffo), un drainage filiforme, sans fermeture totale de la paroi, drainage qui enlevé au deuxième jour permet tout de même la fermeture primitive retardée de cette paroi.

En présence de ces collections péritonéales secondaires sous-hépatique, on fera l'incision soit sous-chondrale, soit transversale, en plein centre de la voussure. Cependant, Fontan, insiste avec raison, sur le lieu d'élection de cette incision : « elle ne doit, dit-il, autant que possible ne s'écarter de la limite inférieure du thorax pour rester à mi-distance de la collection péritonéale et hépatique; on évite ainsi que le foie une fois vidé de sa collection et reprenant sa dimension et son siège normal ne détruise le parallélisme des incisions d'où infiltration possible du péritoine en cas de drainage et tiraillement des adhérences

en cas de suture primitive. L'incision ainsi faite, permettra de rechercher l'abcès et d'en poursuivre le diverticule; elle peut être agrandie en dehors ou en dedans au cours de l'opération sans cesser d'être un terrain hépatique. » Nous conseillons même dans ces cas, comme dans la cure chirurgicale des kystes hydatiques de solidariser suivant la méthode de Quenu, la suture de l'abcès hépatique à celle de la paroi.

La méthode à employer pour les collections de l'arrière cavité des épiploons, dont le diagnostic ne peut se faire que lors de la laparotomie, consistera soit dans l'incision du ligament gastro-hépatique distendu par la collection purulente, soit dans le décollement colo-épiploïque.

Nous mentionnerons cependant la méthode employée par le Dr Pérard, de Casablanca, méthode qui lui donna du reste entière satisfaction (obs. 21) et qui consista en une simple distension digitale prudente de l'hiatus de Winslow et drainage par ce dernier de l'arrière cavité des épiploons.

Quant aux migrations localisées dans l'espace interphréno-hépatique autrement dit abcès sous-phrénique, il y a lieu d'envisager à leur sujet, une technique chirurgicale spéciale. Certes, si l'abcès a tendance à faire saillie en avant au niveau de l'hypochondre sous le rebord chondro-costal, l'incision le long de ce rebord sera suffisante pour permettre de vider à la fois et la loge sous-phrénique et l'abcès hépatique, telle l'observation 9 de Lacaze où la palpation révèle une tuméfaction tendue débordant à peine le rebord chondral gauche, une laparotomie sous-chondrale a permis de vider et de drainer à la fois un gros abcès sous-phrénique, ainsi qu'un abcès du lobe gauche de la dimension d'une mandarine.

Mais ce qu'il faut surtout envisager ce sont les cas où la collection est vraiment sous-diaphragmatique barrée de tous les côtés par le squelette thoracique.

Les signes généraux d'infection, la température, le point de côté violent à la base droite, la pression douloureuse dans les derniers espaces inter-costaux jusqu'au sixième, l'élargissement de la base thoracique, la matité hépatique remontant jusqu'au mamelon, les signes stétoscopiques et radiographiques ont porté le diagnostic que précise au point de vue étiologique les antécédents du malade et la ponction exploratrice.

L'intervention s'impose par voie trans-pleuro-diaphragmatique: une longue résection costale faite dans le 9e ou 10e espace intercostal suivie sauf en cas d'adhérence de suture pleuro-diaphragmatique permettra un jour suffisamment large sur la région sous-phrénique et le dôme hépatique. L'opération sera faite à l'anesthésie locale.

Nous rapportons quatre observations d'abcès sous-phrénique traitées par cette méthode, toutes terminées par la guérison.

Enfin, le traitement des péritonites diffuses se résume dans la laparotomie médiane, l'assèchement le plus complet de toute la cavité cœlomique, et sur la vue de l'aspect macroscopique du pus, l'exploration du foie avec intervention complémentaire immédiate sur l'abcès: L'examen microscopique du pus motivera la fermeture totale de la cavité péritonéale ainsi que celle de l'abcès où le drainage de ce dernier et du Douglas en cas d'infection surajoutée.

C'est la méthode qui a été employée dans l'observation 2 où les signes de diffusion existaient pourtant depuis douze heures: la fermeture totale de la paroi abdominale et de l'abcès hépatique n'a entraîné aucune suite opératoire fâcheuse.

*
**

La migration de l'abcès amibien du foie dans la cavité pleurale impose l'intervention chirurgicale immédiate, urgente car cette migration est une complication grave.

Les observations que nous avons colligées en font la preuve brutale puisqu'elle ne nous donnent que quatre guérisons sur vingt-huit cas.

Certes sur ces 24 cas, beaucoup (17) n'ont pas été traités: certains malades étant arrivés in extremis, d'autres traités d'une façon tout à fait insuffisante, alors que l'émétine n'avait pas encore été découverte: Cas de Rouis, Haspel, Foiret, Dubois, Debergue.

Mais nous relevons sept décès après intervention. Observations de Costantini, Petridis, Chiffoliau, etc., tous opérés tardivement alors que dans les trois cas opérés et guéris le diagnostic précoce avait permis une intervention immédiate.

Ces faits prouvent la nécessité de l'urgence: la ponction dont on ne peut nier l'utilité, tant au point de vue diagnostic de lésion que diagnostic d'origine, ne semble pas devoir être érigée comme seule méthode de traitement même en cas d'amicrobisme du pus.

Comme dans toute pleurésie, ces ponctions, du reste, peuvent être blanches en raison de l'obstruction du trocard par de fausses membranes; de plus elles ne peuvent avoir aucune efficacité sur l'abcès du foie et même en cas de guérison laisserait subsister la lésion diaphragmatique.

Il nous faut pourtant signaler l'observation fort intéressante de Proust et Ramond (obs. 65) où sous l'influence du traitement arsénico-émétique et de ponctions évacuatrices répétées, on guérit définitivement un gros abcès du foie rompu dans la plèvre.

Certes, nous devons enregistrer ce très beau succès, mais nous ne suivrons pas les auteurs quand ils nous disent dans leurs conclusions, qu'en cas de rupture d'un abcès amibien du foie dans la plèvre, l'opération de l'empyème comme mode de traitement ne devra plus être envisagé: la paracenthèse, disent-ils, peut n'être pas nécessaire ou ne servir qu'à pallier aux accidents mécaniques engendrés par l'abondance de l'épanchement.

Nous dirons au contraire, qu'il ne faut pas attendre même en soumettant le malade au traitement médical intensif:

L'éventualité toujours possible de complications de cet épanchement pleural soit infection secondaire, soit irruption dans les bronches comme nous en avons rapporté plusieurs observations, doit nous faire redouter cette expectative d'autant que l'intervention qui doit du reste être faite à l'anesthésie locale ne peut être considérée comme aggravante.

Il faut donc pratiquer à l'anesthésie locale, secondairement complétée s'il le faut d'une légère anesthésie générale au kélène, la résection de la 9e ou de la 8e côte.

Fontan conseille de pratiquer d'emblée la résection des 9e et 10e côtes, cette double résection costale nous paraît inutile, susceptible d'aggraver l'acte opératoire, d'autant que la simple résection aidée de l'écarteur de Tuffier donne toute l'étendue désirable.

L'incision de la paroi thoracique doit être à la fois basse et étendue pour qu'elle soit au point le plus déclive et qu'elle crée sur le diaphragme une voie directe et large. On pratique alors l'évacuation complète de la poche pleurale en cas de collection enkystée ou de la cavité pleurale s'il s'agit d'une inondation totale : l'aspirateur électrique sera ici d'une grande

utilité permettant de vider tous les diverticules ainsi que la collection hépatique.

La pleurésie évacuée, l'opération devient une thoracotomie exploratrice dont le but doit être maintenant le diaphragme: toujours à part le rare cas d'épanchement purulent pleural sans communication transphrénique (Sambuc) l'abcès hépatique communique avec la poche pleurale par un orifice de dimensions variables: celui-ci parfois restreint punctiforme, ou sous forme de fissure peu étendue peut passer inaperçu: on a opéré la pleurésie purulente mais on n'a pas vu la perforation diaphragmatique : cette possibilité nécessite une exploration soigneuse du diaphragme.

L'orifice diaphragmatique reconnu, repéré à l'aide de deux pinces, sera agrandi au bistouri ou au doigt d'une façon prudente pour éviter toute infraction de la loge sous-phrénique, et permettre la vidange de l'abcès du foie, sans curage de sa paroi, méthode inutile et dangereuse.

Il faudra alors pratiquer la réparation soigneuse de la brèche diaphragmatique qui sera par là même la fermeture de l'abcès puis la fermeture totale de la paroi thoracique.

En cas d'infection surajoutée, éventualité fort heureusement rare, la méthode opératoire, mise à part, les cas de pleurésie enkystée qui se draine en même temps que l'abcès, se complique quand il s'agit d'épanchement de la grande cavité:

L'examen microscopique nous a montré la présence dans le pus amibien de microbes surajoutés: il faut marsupialiser l'abcès mais il faut aussi drainer la plèvre à thorax fermé. La marsupialisation de l'abcès à la paroi thoracique par l'intermédiaire des lèvres de la brèche diaphragmatique a fait la fermeture de la cavité pleurale; celle-ci souillée par un épanchement

septique et quoique vidée de son contenu ne peut être sans danger laissée complètement fermée, il faut, à notre avis, pratiquer au-dessus de la première brèche thoracique qui a permis la marsupialisation de l'abcès une costotomie de petite dimension par laquelle un vignard drainera la séreuse comme s'il s'agissait d'une pleurésie purulente.

Ainsi l'acte chirurgical se résume:

Large résection costale, assèchement de la plèvre, recherche de l'orifice diaphragmatique de perforation; son débridement permettant la toilette de la collection hépatique: refermer le tout si le pus est amicrobien, dans le cas contraire drainer largement l'abcès et la plèvre.

Nous avons admis et les observations le prouvent que les migrations thoraciques seraient rarement strictement pleurales ou pulmonaires.

Elles peuvent être à la fois pleuro-bronchiques, pleuro-abdominales, voire même pleuro-abdomino-bronchiques; autant de modalités évolutives entraînant des techniques chirurgicales spéciales.

Les migrations pleuro-bronchiques ne nécessitent pas d'autres méthodes thérapeutiques que celles décrites plus haut, le traitement de l'abcès hépatique et de l'épanchement pleural suivi du traitement médical amènera la guérison spontanée de la lésion pulmonaire.

En cas de migration double, thoracique et abdominale, l'acte chirurgical devra comporter deux temps, le premier thoracique parce que le plus urgent, le deuxième abdominal, mais à intervalle de quelques jours car en général, il s'agit de collections péritonéales enkystées ne nécessitant pas une extrême urgence.

*
**

Jusqu'ici, aucune intervention chirurgicale ne sem-

ble avoir été pratiquée sur le péricarde en cas de migration dans cette séreuse.

Il faut en chercher la cause dans leur rareté et dans la rapidité de leur évolution.

Pour ces abcès, dit Zancarol « je me suis borné à la seule ouverture hépatique, le résultat a toujours été mauvais. Je me suis demandé très souvent si l'ouverture simultanée de l'abcès et du péricarde avec résection d'une côte et nettoyage de cette cavité ne serait pas justifiée. Je me suis toujours arrêté jusqu'aujourd'hui aux difficultés du drainage du péricarde; il est possible que l'avenir me fasse renoncer à cette expectative passive. »

Quant les signes fonctionnels: douleur précordiale plus ou moins vive, angoisse et dyspnée, les signes stétoscopiques positifs et l'examen radioscopique affirmeront la péricardite avec épanchement on pratiquera la ponction exploratrice et l'examen microscopique du pus qui donneront les caractères du liquide épanché.

On fera la ponction épigastrique de Marfan et Blechmann l'aspect spécial du pus amibien, la présence d'amibes en son milieu feront porter le diagnostic de la complication, surtout si le malade atteint d'hypertrophie hépatique présentait des antécédents dysentériques. Enfin, la présence ou l'absence d'éléments microbiens dans le liquide péricardique dictera la fermeture primitive ou le drainage du péricarde.

Faut-il intervenir d'abord sur le péricarde et après sa suture ou son drainage, par une deuxième incision intervenir secondairement sur le foie. Nous ne le croyons pas, ce serait compliquer l'acte chirurgical, chez un malade affaibli par sa suppuration, épuisé par un fonctionnement cardiaque insuffisant: Il faut que la même voie d'abord nous permette de traiter à la fois l'abcès hépatique et le péricarde.

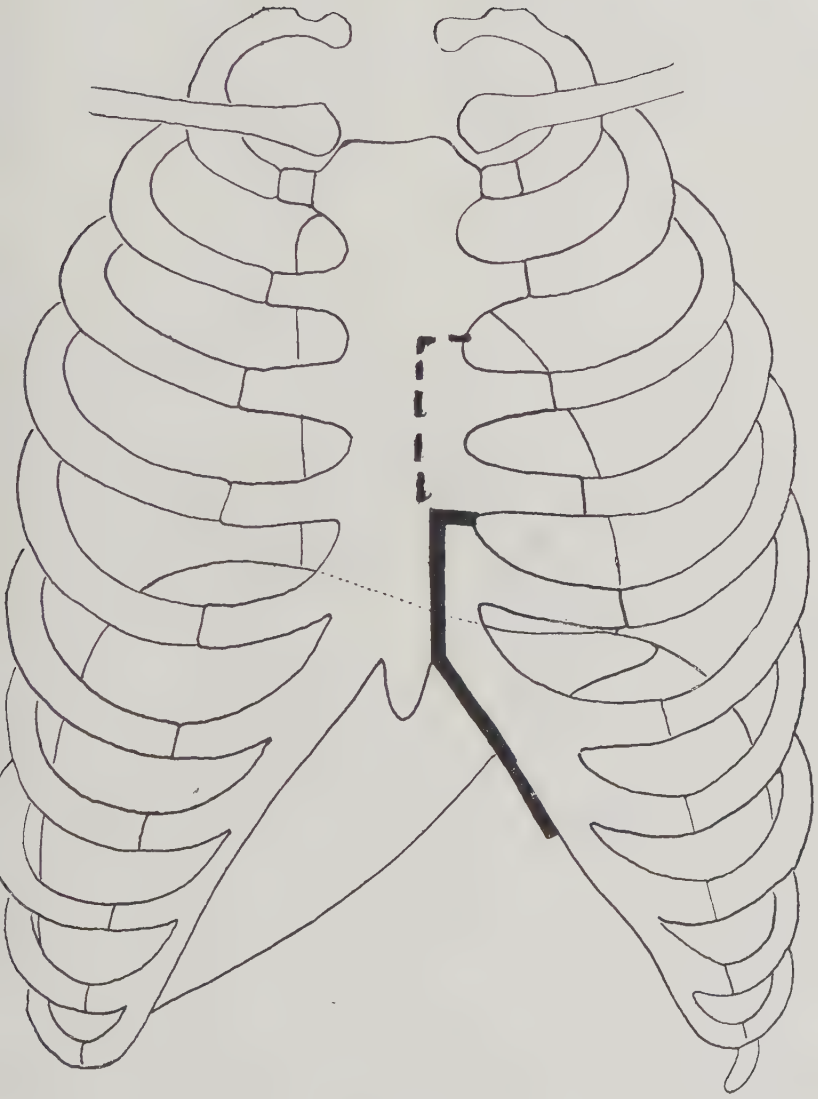

FIGURE 3

De propos délibéré, nous rejetons la voie thoracique antérieure, non seulement parce qu'elle mène sur le cœur et ne permet pas l'exploration du péricarde, mais aussi parce qu'elle est trop haute, rendant impossible les temps principaux de l'intervention, l'assèchement de la cavité hépatique, la fermeture de l'orifice de communication inter-hépato-péricardique, de plus , en cas de nécessité, tout drainage est irréalisable par cette voie.

La voie de Larrey semble répondre à nos desiderata parce que cotoyant le diaphragme elle permet l'exploration directe du péricarde suivie de drainage au point déclive, mais elle n'ouvre pas le péritoine et ne donne dès lors aucune voie d'abord sur le foie.

Nous nous sommes donc demandés quelle serait la technique la plus simple, la plus rapide permettant l'abord simultané du lobe gauche et du péricarde.

Deux éventualités peuvent se présenter: 1° le diagnostic n'est pas fait.

On intervient pour un syndrome de l'épigastre ou de l'hypochondre gauche, il faut alors s'adresser à la laparotomie médiane xypho-ombilicale.

L'ouverture de la cavité péritonéale montre une hypertrophie du lobe gauche du foie, une zone adhérentielle inter-hépato-phrénique, l'aspect du tissu hépatique, la ponction de l'organe prouvent la présence de l'abcès dont l'exploration digitale de la paroi supérieure montre un orifice de communication avec le péricarde.

Dans ce cas, il faut, nous le croyons, pour ne pas compliquer l'acte opératoire, rester dans le plan de l'incision première et pour aborder le péricarde pratiquer la péricardotomie thoraco-abdominale médiane suivant le procédé du Duval et Bransby (*Presse Médicale,* août 1918) sans qu'il soit tout de même néces-

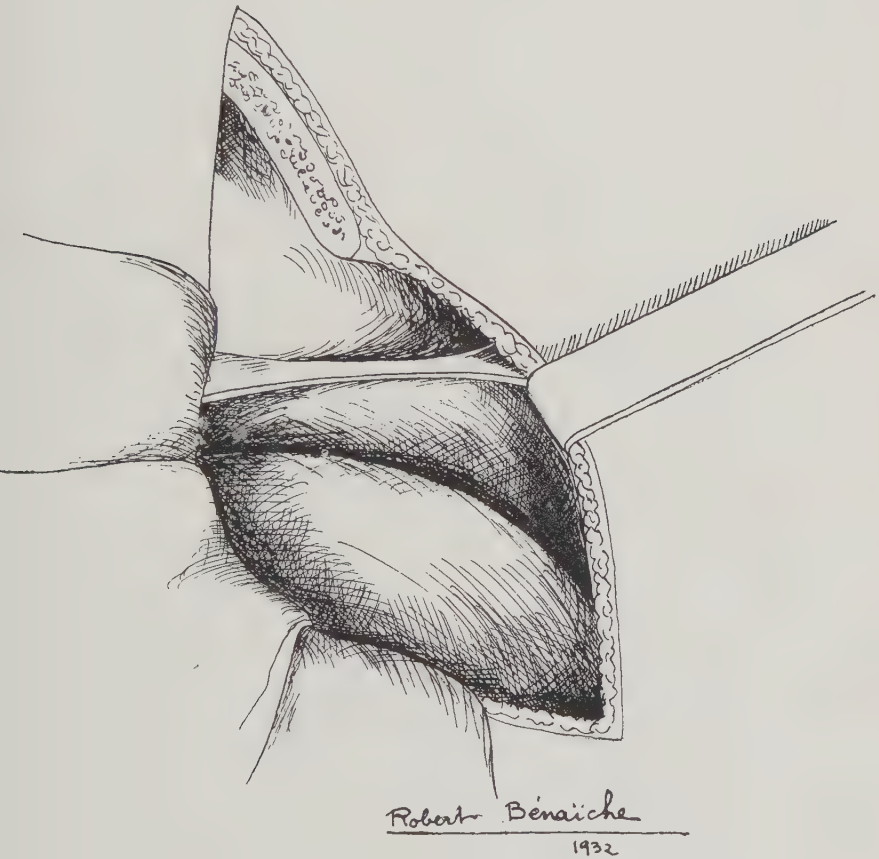

FIGURE 4

saire de remonter jusqu'au troisième cartilage costal; notre but est le péricarde et non le cœur. A l'aide d'un large ciseau, le sternum est fendu sur la ligne médiane, de l'appendice xiphoïde au bord supérieur du sixième cartilage costal avec simple section unilatérale transversale gauche allant rejoindre le bord supérieur du sixième cartilage. Nous croyons inutile de faire la section transversale complète de l'os: le volet sterno-costal gauche est fortement relevé et récliné en dehors, permettant la section du diaphragme dans la ligne des adhérences et l'ouverture du péricarde.

Deuxième éventualité. — Le diagnostic de migration intra-péricardique a été posé ou du moins très fortement soupçonné, nous croyons alors qu'il faille rester à gauche de la ligne médiane pour avoir un abord plus direct à la fois sur le lobe gauche et sur le péricarde.

Pour ce faire, nous avons utilisé en la modifiant légèrement la voie proposée par notre Maître pour l'exploration du cœur (Costantini, *Presse Médicale*, 18 juin 1921), et les expérimentations que nous avons faites sur le cadavre nous ont donné entière satisfaction (fig. 3).

Voici la technique que nous avons étudiée: l'incision tout d'abord sous-chondrale gauche, partant de l'extrémité de la 9e côte, atteint l'appendice xiphoïde pour remonter suivant la ligne médiane jusqu'au quatrième ou cinquième espace: à ce niveau, l'incision s'incurve à gauche, pénétrant de 2 cm. environ dans cet espace. Telle est la principale modification apportée au procédé de Costantini, qui pour l'exploration du cœur remonte jusqu'au deuxième espace intercostal.

Les muscles larges, ainsi que le grand droit sont sectionnés au ras du rebord chondral et l'ouverture du péritoine permet alors l'exploration du lobe hépa-

FIGURE 5

tique gauche et l'inventaire de la plage adhérentielle inter-hépato-phrénique.

On peut alors soit que l'abcès se montre à la périphérie de la glande, soit que sa présence ait été prouvée par une ponction faite au ras des adhérences, l'inciser, le vider et au doigt en explorer ses parois, surtout la paroi supérieure ou siège l'orifice de communication inter-hépato-péricardique.

L'exploration de la lésion confirme le diagnostic. Il faut dès lors ouvrir le péricarde pour le vider de son contenu purulent; après dissection au doigt, (index gauche), des fibres xiphoïdiennes du diaphragme, le sternum est sectionné verticalement à la cisaille qui ensuite coupe transversalement son bord gauche, en face du 4e et 5e espace, sans qu'on ait pénétré dans l'espace choisi pour respecter la mammaire, le volet gauche est fortement récliné en dehors, entraînant avec lui le cul-de-sac pleural, costo-médiastinal antérieur qui n'a pas été ouvert (fig. 4).

On a ainsi sous les yeux, et par un jour suffisamment large le lobe gauche du foie, le péricarde et le diaphragme, tendu et emprisonné dans son lit d'adhérences verticales.

Sur l'index gauche introduit par l'abcès dans l'orifice diaphragmatique, on pratique alors une incision verticale sectionnant les adhérences, le diaphragme et le cul-de-sac péricardique inférieur. Le sac péricardique est alors vidé de son contenu purulent et de ses fausses membranes (fig. 5).

Si l'examen microscopique extemporané a montré l'absence d'agents microbiens dans le pus, le péricarde est refermé, la brèche diaphragmatique soigneusement réparée, et la cavité hépatique vidée et fermée sera amarrée à la paroi abdominale suivant le procédé de Quenu.

Dans le cas où le pus serait microbien, il faudrait après réparation de la brèche diaphragmatique, drainer le péricarde au point déclive et marsupialiser l'abcès du foie.

Observations

OBSERVATION 4

Note relative à un abcès du foie communiquant avec le péritoine et le côlon transverse.

(Magnan. *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1866.)

L... Antoine, 6 ans, était malade depuis quelques jours, lorsqu'il est entré à l'hôpital (Salle St-Louis) le 9 mars 1866.

A son entrée, aspect typhique, pouls fréquent, langue rouge, le ventre est souple mais un peu douloureux; il y a sur l'abdomen quelques taches ressemblant aux taches lenticulaires; le petit malade qui a souvent de la diarrhée accuse dans l'hypochondre droit une douleur d'abord légère et fugace mais bientôt plus vive et augmentant par la pression. L'exploration de la région fait percevoir un empâtement profond et dès le 4 avril on voit une tuméfaction immédiatement au-dessous du rebord des fausses côtes qui sont légèrement soulevées. Par le palper, on sent une tumeur sans limites tranchées, donnant une sensation peu nette de fluctuation. Au-dessous de cette tumeur, on perçoit les anses intestinales dilatées. La percussion donne une matité absolue immédiatement au-dessous des fausses côtes.

La tuméfaction au niveau de l'hypochondre droit augmente légèrement jusqu'au 26 avril mais sans phénomènes nouveaux bien tranchés.

Le 27 avril on constate un affaissement marqué de la tumeur, mais toute la région reste empâtée et ne donne pas de sensation bien nette. (L'examen des selles n'a pu être fait ni le 27 ni le 28 ; les jours suivants, elles n'ont rien présenté de particulier.) A partir de ce moment, les symptômes généraux se sont aggravés, la fièvre est devenue intense, l'abattement profond, et le malade a succombé le 4 mai.

Autopsie. — En disséquant avec soin les parois abdominales au niveau de l'hypochondre droit, on est arrivé dans une poche de 10 à 12 centimètres d'étendue, formée par des adhérences péritonéales entre le feuillet qui recouvre la portion droite de la face supérieure du foie, et celui qui tapisse la portion correspondante du diaphragme et des parois abdominales. Cette poche était remplie d'un liquide purulent d'une couleur un peu brunâtre, et elle était nettement limitée à la périphérie par l'accollement de deux feuillets du péritoine. Sur la paroi répondant au foie, on voit un orifice fistuleux de deux à trois centimètres pénétrer dans l'épaisseur du foie, dont la plus grande partie du lobe droit est transformée en petits abcès formés d'un pus jaunâtre bien lié, dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une noix; ces abcès sont séparés par des portions de substance jaunâtre, épaisse comme caséeuse. A la face inférieure, on trouve de nombreuses adhérences entre le foie et le côlon transverse; en ouvrant cette portion du gros intestin, on aperçoit, sur un point correspondant du foie, un pertuis de 4 à 6 millimètres limité par un liseré rouge de la muqueuse; un stylet introduit doucement par cet orifice pénètre, en suivant un trajet un peu oblique, dans les foyers purulents du foie. A côté de cette ulcération de l'intestin, on trouve la muqueuse fortement amincie dans une étendue de 2 centimètres, et sur le point de s'érailler.

Les poumons sont infiltrés de pus, à la base des deux côtes (mais sans communication avec le foie). La rate ne présente pas d'abcès ni d'infiltration purulente. Les reins n'offrent rien de particulier.

OBSERVATION 5

Gros abcès du lobe droit du foie ouvert dans l'espace sous-phrénique. — Pleurésie interlobaire. — Dysenterie au Tonkin. — Opération. — Guérison.

(Perves et Oudard. *Arch. de Méd. Nav. et Colon.*, 1913.)

C..., sergent au 1er Colonial.

Campagnes: Cochinchine, 40 mois, 1900-1903; Tonkin, 24 mois, 1909-1911.

Dysenterie en septembre 1910 et en mars 1911.

A l'expiration d'un congé de trois mois pour fin de campagne, entre à l'hôpital de Cherbourg le 5 septembre 1911, pour: « anémie et congestion du foie ».

Sensation de pesanteur du foie, douleur à l'épaule droite en bretelle, voussure à l'hypochondre droit: matité hépatique remontant à un travers de doigt au-dessus du mamelon droit et débordant en bas de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

A l'examen des poumons, frottements à la base du poumon droit, en arrière.

Zone de matité suspendue, en forme de bande transverse, allant de l'espace omo-vertébral à l'aisselle. Souffle aux deux temps, au niveau de cette matité, et au-dessous d'elle, râles crépitants. Tous les soirs, mouvement fébrile (entre 37°5 et 38°5). Poids : 56 kilogrammes. Trois ponctions à la séringue de Pravaz restent négatives.

7 octobre. — Une ponction du foie pratiquée dans le 7e espace intercostal et sur la ligne axillaire ramène du pus chocolat. Anesthésie au chloroforme, résection de 5 centimètres de la 8e côte, suture pleuro-pleurale de Fontan, incision du diaphragme. Issue de un litre environ de pus blanc mêlé de pus chocolat. On reconnaît une collection en bissac formée par une poche hépatique communiquant largement avec une poche sous-phrénique. Pas de perforation du diaphragme. Ecouvillonnage avec un tampon monté. Drainage.

Les symptômes de pleurésie interlobaire ne sont pas modifiés par cette intervention. Tous les soirs, mouvement fébrile. Quintes de toux fréquentes, expectoration muqueuse abondante. Amaigrissement progressif.

31 octobre. Poids 52 kilogrammes.

Deux essais de traitement par l'opothérapie pulmonaire n'amènent pas d'amélioration et semblent même augmenter la toux et la fièvre.

11 novembre. — Vomique assez abondante de pus blanc. Les jours suivants, la toux devient moins fréquente, l'expectoration purulente diminue, la fièvre disparaît.

8 décembre. — Poids: 56 kilogrammes. Etat général très amélioré. La plaie opératoire est cicatrisée. Il n'y a plus de pus dans les crachats.

Exeat le 11 décembre 1911 avec trois mois de convalescence.

OBSERVATION 6

Abcès du foie ouvert dans l'espace sous-phrénique. Dysenterie au Tonkin. — Opération. — Guérison.

B..., caporal au 1er Colonial. Plusieurs séjours aux colonies:

1° Algérie ; 2° Madagascar ; 3° Algérie ; 4° Saïgon ; 5° Tonkin, rapatrié pour rectite, suite de dysenterie ; 6° Maroc.

Entre à l'hôpital de Cherbourg le 19 décembre 1911.

Depuis le 22 septembre, sensation douloureuse de pesanteur dans l'hypochondre droit, douleur continuelle en bretelle, avec exacerbation à la face antérieure de l'épaule droite. Voussure très nette et très prononcée de l'hypocondre droit. Matité remontant en haut jusqu'au mamelon, débordant en bas le rebord des fausses côtes de deux travers de doigt. Douleur vive à la pression dans le 7e espace intercostal et sur la ligne axillaire, élargissement de cet espace. Pas d'œdème manifeste de la paroi.

Quelques râles sibilants dans les deux poumons, pas de frottements, toux légère, sueurs nocturnes, teint terreux, amaigrissement très prononcé; dit avoir eu, pendant son séjour à l'hôpital, dans l'Est, de la fièvre, d'abord tous les deux jours, puis irrégulièrement. La température n'a pas dépassé 37 degrés depuis son arrivée à Cherbourg; plusieurs crises de diarrhée pendant son congé. Depuis quinze jours tendance à la constipation. Evacué en chirurgie le 21 décembre.

L'abcès du foie nous paraît tellement évident que nous décidons d'opérer immédiatement.

Anesthésie chloroformique. Ponction dans le 7e espace et sur la ligne axillaire, issue de pus. Résection de 8 centimètres de la 8e côte, suture pleurale de Fontan, incision du diaphragme et de 2 centimètres de tissu hépatique. Issue de plus de 2 litres de pus, d'abord blanc, puis couleur chocolat. Ecouvillonnage avec un tampon monté.

L'exploration révèle un abcès du foie, de la grosseur du poing, très largement ouvert, en haut, dans l'espace sous-phrénique, où se trouve la plus grande partie de la collection purulente.

On pose deux gros drains qui pénètrent à une profondeur de 25 centimètres environ; le soir on renouvelle le pansement traversé par du pus. En faisant asseoir le malade, issue par les drains de 300 grammes environ de pus chocolat. Température, 36°8; pouls, 80. Pendant tout le séjour à l'hôpital de Cherbourg, la température n'a pas dépassé 37 degrés et le pouls 80 pulsations à la minute.

L'état général s'est amélioré rapidement et progressivement, malgré une cholerragie abondante, qui a duré du 9 au 24 janvier 1912.

OBSERVATION 7

Gros abcès du foie.
Migration dans l'espace sous-phrénique.

(Pervers et Oudard. *Arch. de Méd. Nav. et Colon.*, 1913)

M..., caporal au 5e Colonial, séjour en Cochinchine de mai 1904 à janvier 1907. Plusieurs atteintes de dysenterie et de congestion hépatique. Depuis son retour en France, dysenterie chronique et douleur continuelle à l'hypochondre droit.

Depuis le 30 septembre, douleurs spontanées très vives sous l'omoplate droite, voussure très accentuée de tout l'hypochondre droit, matité hépatique remontant au-dessus du mamelon droit, débordant en bas le rebord des fausses côtes de trois travers de doigt et empiétant sur l'espace de Traube.

Points douloureux à la pression:

1° Dans le 8e espace intercostal droit et sur la ligne axillaire:

2° Dans le 9e intercostal en arrière;

3° Dans le creux épigastrique.

12 octobre. — Ponction au Potain dans le 8e espace intercostal et sur la ligne axillaire. Le pus apparaît dès que la paroi est traversée. Incision sur la 9e côte et résection de 7 centimètres de cet os. On voit le pus sourdre au premier essai de suture des plèvres au diaphragme. On incise immédiatement ce dernier et on saisit les bords de l'incision avec quatre pinces de Kocher pour les attirer au dehors et mettre la cavité pleurale complètement

à l'abri. Evacuation d'un litre et demi de pus blanc, qui provient de l'espace sous-phrénique.

En explorant la surface du foie, on découvre, à 6 centimètres environ en arrière et au-dessus de l'angle postérieur de la plaie opératoire, un petit orifice hépatique qui conduit dans un très gros abcès. On agrandit cet orifice au doigt et on l'attire devant la plaie où on essaie de le fixer par des points au catgut. Drains dans la poche hépatique et dans l'espace sous-phrénique.

A la suite de cette intervention, la douleur à l'épaule disparaît et l'état général s'améliore légèrement; mais les sutures diaphragmatiques n'ont pas tenu et l'orifice de l'abcès se trouve, par suite du redressement du foie, fort éloigné de la plaie opératoire.

14 novembre. — Après anesthésie au chloroforme, incision sur la 8e côte et résection de 7 centimètres de cet os, en arrière de la ligne axillaire. Incision des plèvres et du diaphragme sur l'extrémité d'un clamp introduit par la plaie ancienne. On a devant soi un petit orifice hépatique, d'où l'on extrait, à l'aide de tampons montés, un litre et demi environ de pus très épais, presque concret. Pendant trois semaines on fait, chaque jour, un écouvillonnage en éclairant la poche avec un miroir de Clarke et, chaque jour, on ramène une grande quantité de pus épais. La fièvre tombe et l'amélioration est progressive malgré plusieurs rechutes de dysenterie.

OBSERVATION 8

Abcès sous-phrénique d'origine hépatique par dysenterie amibienne des tranchées méconnue.

(Rives et Huet. *Presse Médicale*, 1916)

Un soldat de 30 ans, n'étant jamais sorti de France, contracte dans les tranchées une affection intestinale considérée et soignée comme une entérite. Il entre à l'hôpital après une guérison apparente de deux mois pour un douloureux abcès sous-phrénique droit contenant trois-quarts de litre de pus rougeâtre mélangé à des mucosités visqueuses. La suppuration persiste très abondante après incision, pendant 20 jours, sans modifications. A ce mo-

ment 10 cg. d'émétine administrés en trois jours tarissent presque immédiatement la suppuration; 10 jours plus tard la grande cavité de l'abcès était complètement effacée. Ce succès thérapeutique tranche le diagnostic d'origine de cet abcès, les circonstances s'étant opposées à un examen de laboratoire, et élucide rétrospectivement l'histoire de l'entente préalable. C'est un cas de plus de dysenterie amibienne des tranchées à ajouter à ceux qui ont été rapportés au cours de la campagne.

OBSERVATION 9

Abcès sous-phrénique gauche pointant dans la région sous-chondrale gauche paramédiane consécutif à un abcès du lobe gauche du foie.

(Dr Lacaze)

K... J..., 24 ans, entré à l'Hôpital Auvert à Fez par évacuation de l'Infirmerie de Dar Mahès le 7 mars 1925 pour « bronchite généralisée, diarrhée et fièvre continue ». Pas de paludisme antérieur.

Trois ans de service. Deux séjours au Maroc. Aurait eu de la diarrhée en colonne (Bekrit) en 1921 et 1922, Pas d'hospitalisation antérieure. Entré à l'Infirmerie de Dar Mahès le 24 février 1925 (en observation : courbature et bronchite gauche). A ce moment aurait présenté de la diarrhée. Après un séjour à l'Infirmerie de douze jours, au cours desquels il présente de la fièvre à grandes oscillations, il est évacué sur l'Hôpital Auvert.

A l'entrée, malade amaigri, mais en assez bon état général. Il ne se plaint que de tousser fréquemment et de dormir mal la nuit. Température 38°4. L'examen des poumons révèle de nombreux râles de bronchite s'étendant sur toute la hauteur des deux côtés. Les différents appareils paraissent normaux: rate non perçue, foie petit, non douloureux, aucun trouble digestif. Les examens de laboratoire sont négatifs: selles, sang, crachats, radioscopie, Wassermann et Besredka.

Le malade est mis en observation: son état pulmonaire s'améliore assez rapidement, mais l'état général reste médiocre. Le malade ne se plaint de rien, réclame à manger, et a des selles moulées. Sa température prise toutes

les trois heures reste irrégulièrement fébrile, oscillant entre 37°5 et 38°.

La radioscopie renouvelée à plusieurs reprises (7 mars, 10 mars, 25 mars, 1er avril) n'apporte aucun élément nouveau. Aucun symptôme subjectif. L'abdomen est souple dans toute sa hauteur; pas de douleur à la palpation des hypochondres et de l'épigastre.

Cependant, dans les premiers jours d'avril, la température est plus régulièrement ascendante et pour la première fois depuis l'hospitalisation atteint 39°, le 5 avril, sans aucun signe local. Le 9 avril, nouvelle ascension sans autres signes: 39°5 le soir. Devant la persistance de cet état fébrile et le déclin progressif de l'état général, une numération globulaire est pratiquée: elle montre une formule leucocytaire à peu près normale: 62 p. 100 de polynucléaires sans éléments anormaux de la série blanche, mais révèle une légère anémie (4.500.000 globules rouges, avec 60 % d'hémoglobine) et surtout une leucocytose très accentuée 45.000 globules blancs.

Le 10 avril, le malade accuse une douleur sourde dans l'hypochondre gauche douleur qui l'a empêché de dormir au cours de la nuit. La palpation révèle alors une tuméfaction tendue qui déborde à peine le rebord chondral gauche. Elle est mate et se raccorde avec la matité hépatique. Une ponction exploratrice pratiquée en pleine tuméfaction donne du pus bien lié contenant des amibes dysentériques. Il s'agit donc d'un abcès amibien du foie extériorisé à la faveur d'adhérences dans la loge sous-phrénique gauche.

Le 11 avril 1925, sous anesthésie générale à l'éther, laparotomie oblique sous chondrale gauche. Dès l'incision de l'aponévrose postérieure du grand droit, les tissus sont infiltrés et on ouvre aisément un abcès sous-phrénique gauche, extrêmement volumineux occupant les loges sous-phrénique gauche et médiane en entier. Le lobe gauche du foie qui est refoulé vers le bas présente à sa partie supérieure une cavité grosse comme une mandarine présente l'abcès hépatique initial. A la main on détruit aisément quelques ébauches de cloisonnement des loges sous-phréniques. Issue de plus d'un litre de pus chocolat. Drainage avec un drain double. Pansement à plat. Guérison en neuf semaines.

OBSERVATION 10

Abcès du lobe droit du foie en voie d'extériorisation dans l'espace sous-phrénique droit.

(Dr Lacaze)

D... P..., 23 ans, entre le 16 juillet 1925 à l'Hôpital Auvert venant de Dar-Mahès, avec le diagnostic de diarrhée dysentériforme et syndrome de réaction hépatique.

Engagé volontaire de la classe 1919, Quatre ans de services. N'a jamais fait de séjours coloniaux antérieurs et n'a jamais présenté en France de troubles intestinaux. Débarqué au Maroc en mai 1925.

Huit jours avant l'entrée à l'hôpital, point de côté droit et en même temps diarrhée sanglante. Vingt selles par jour. A reçu, dit-il, deux piqûres d'émétine qui ont amélioré son état.

A l'entrée, le malade se plaint violemment de son côté droit. Dyspnée vive. Température: 38° le matin et 39°2 le soir. Le foie remonte au mamelon droit mais, ne déborde pas sous les fausses côtes. Zone très douloureuse à la pression vers les 6e et 7e espaces intercostaux droits sur la ligne axillaire antérieure. La base droite est mate, sans signes particuliers à l'auscultation. Radioscopie négative. Présence d'amibes dans les selles à l'examen microscopique.

Une ponction pratiquée dans le 7e espace, ligne axillaire antérieure, est positive: pus bien lié, épais, hématique.

Intervention le 17 juillet 1925 sous anesthésie générale à l'éther. Incision par la voie transpleurodiaphragmatique avec résection costale sur la ligne axillaire antérieure (9e côte). Plèvre libre; espace sous phrénique partiellement cloisonné par des adhérences fragiles limitant des logettes qui contiennent un liquide séreux réactionnel. Le foie fait hernie dans la brèche et, en plaçant les compresses d'isolement, l'abcès hépatique qui est très superficiel se rompt sous le doigt. Issue d'un pus roussâtre extrêmement épais, hétérogène avec de larges placards pseudo-membraneux dans lesquels le laboratoire identifie des amibes. Abcès du volume d'une mandarine. Drainage avec deux drains courts. Traitement général par l'émétine. Cicatrisation terminée en deux mois.

OBSERVATION 11

Abcès du foie rompu dans le péritoine.

(Cambay)

L'un de ces cas s'est présenté chez Pommier, zouave qui a succombé à l'hôpital, à la suite d'une hépatite chronique compliquée de dysenterie, après huit mois de maladie. Nous allons résumer en quelques lignes l'historique de son affection, que nous avons recueillie jour par jour. Il était d'abord entré à l'hôpital, au mois d'août 1842, pour une hépatite aiguë. Il resta six semaines à la caserne, où il ne faisait aucun service. Sa santé ne s'améliorant pas, il rentra à l'hôpital. Il avait alors l'hypochondre droit saillant, très développé, douloureux, et il éprouvait des douleurs lancinantes, pulsatives, qui augmentaient beaucoup dans la nuit ; il était constipé et rendait des matières dures et décolorées. On diagnostiqua une hépatite chronique, avec un abcès considérable dans le foie, et on le traita en conséquence. Dans le commencement du mois de décembre de la même année, nous pensâmes qu'un abcès du foie s'était ouvert dans le péritoine, parce qu'il se déclara subitement tous les symptômes d'une péritonite des plus graves.

Il se forma ensuite un épanchement considérable de liquide dans la partie inférieure de l'abdomen. A la fin du mois, l'abcès du foie était très développé, et formait une tumeur fluctuante entre la dixième et la onzième côte. Après l'avoir fait reconnaître par les chirurgiens sous-aides de l'établissement, nous y plongâmes un trois quarts qui donna issue à 4 kgr. de pus couleur chocolat au lait, ayant une odeur *sui generis*. Nous renouvelâmes l'opération quinze jours après, et nous en fîmes une troisième dix jours plus tard. Ces diverses ponctions donnèrent issue à 8 kgr. de pus de la couleur que nous venons d'indiquer. En pressant la partie inférieure de l'abdomen et en penchant le malade, on augmentait beaucoup la sortie du pus. Il mourut deux jours après la dernière ponction.

Foie très volumineux avec un abcès dont les parois étaient formées par les intestins et par des fausses membranes d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Il communiquait en haut avec le bord antérieur et supérieur du

foie par deux ouvertures de 10 à 12 millimètres de largeur, qui étaient situées à droite de la vésicule biliaire. La moitié du lobe droit du foie avait été détruite par la suppuration, et le foyer purulent pouvait contenir la tête d'un nouveau né à terme. La paroi supérieure du foyer était presque entièrement détruite et adhérente partout au diaphragme. Il y avait un autre abcès qui commençait à se former dans le lobe gauche. Le pus était jaune, lie de vin. Enfin il y avait de nombreuses ulcérations dans le gros intestin, qui était hypertrophié et friable comme dans la dysenterie.

OBSERVATION 12

Abcès dysentérique du foie rompu. — Péritonite enkystée sous-hépatique. — Le pus fuse vers le canal inguinal.

(Rouis)

Homme évacué de l'hôpital de Mostaganem sur celui d'Oran, dans le service de M. le Docteur Isnard. Consumé par une dysenterie chronique, ce malheureux était réduit au marasme. La base de sa poitrine offrait une voussure considérable; l'abdomen était distendu par une certaine quantité de liquide; les membres inférieurs ainsi que les organes génitaux commençaient à s'infiltrer; enfin on remarquait à l'aine droite une tumeur volumineuse, s'étendant jusqu'au scrotum. Cette tumeur était molle, fluctuante, presque indolore, et sans changement de couleur à la peau; elle diminuait sous la pression, et permettait au doigt de délimiter l'anneau inguinal externe; il n'y avait d'ailleurs aucune gêne, aucune souffrance dans les mouvements de la cuisse voisine. Le malade ayant succombé la nuit suivante, on reconnut à l'autopsie que toute la moitié droite de la paroi abdominale antérieure adhérait aux intestins et au grand épiploon. De plus, au moment où on la détacha, un flot de sérosité purulente et noirâtre jaillit d'une vaste poche qui se prolongeait depuis la région supérieure du foie jusqu'à l'arcade crurale adjacente de la tumeur. En haut, cette poche se trouvait creusée aux dépens du lobe hépatique droit, lequel descendant en dehors jusqu'à l'os iliaque, la circonscri-

vait aussi dans ce deuxième sens. En avant, elle était formée par le péritoine pariétal épaissi et par la masse des intestins grêles; à gauche, par le côlon ascendant et le cœcum; en arrière, par les muscles carrés des lombes, transverse, iliaque et psoas, plus ou moins altérés à leur superficie. Le pus qu'elle contenait avait fusé à travers le canal inguinal, pour s'accumuler ensuite sous les enveloppes du testicule. Des pseudo-membranes très cohérentes la tapissaient à l'intérieur. Quant au foie, il offrait un développement énorme, et avait été refoulé d'une manière sensible par la masse fluide renfermée dans la poche; le tissu de son lobe gauche possédait une teinte jaunâtre, et celui qui restait du lobe droit présentait les traces d'un ramolissement rouge.

OBSERVATION 13

Abcès dysentérique du foie rompu dans l'arrière cavité des épiploons.

(Rouis)

L'abcès, après avoir détruit les couches inférieures du lobe gauche, n'est plus circonscrit dans le reste de son étendue que par le pancréas et par la face postérieure de l'estomac.

L'abcès du lobe gauche est aussi tapissé par une formation analogue là où il est circonscrit par la substance du foie; mais là, où ses parois sont constituées par l'estomac et le pancréas, il se trouve complètement dépourvu de pseudo-membrane, de telle sorte que la surface de ces nouveaux viscères est directement en contact avec le pus.

Unis l'un à l'autre ainsi qu'au foie par des pseudo-membranes analogues aux précédentes, le pancréas et l'estomac ne présentent aucune apparence d'engorgement ou d'usure aux abords de l'abcès qui a débouché contre leur surface: ils sont simplement refoulés sur eux-mêmes selon la courbure propre à la configuration du foyer.

OBSERVATION 14

Dysenterie. — Abcès multiples du foie non opérés. — Ulcération du diaphragme et du poumon. —Communication avec le péritoine.

(Gustave Bellot. Thèse, Bordeaux, 1886.)

Bigourdin Eugène, second-maître canonnier. Nombreuses campagnes dans les pays chauds, en Chine, au Japon, au Mexique, aux Antilles, en Tunisie, au Sénégal. Nombreuses atteintes de fièvre paludéenne et de diarrhée des pays chauds.

Entre à l'hôpital d'Haïphong le 22 mai 1884. A été atteint de dysenterie il y a deux mois, les selles ne contiennent plus de sang, mais elles sont fréquentes, liquides et décolorées.

Appétit nul, soif vive, langue saburrale, gencives décolorées, teinte subictérique des conjonctives et des téguments.

Vive douleur à la région hépatique depuis un mois et demi. Cette douleur s'irradie vers l'épaule droite, s'exagère au moindre contact, par la respiration et la toux. Le foie est très hypertrophié: son bord inférieur descend à quatre travers de doigt au-dessous des fausses côtes; le lobe gauche déborde la ligne médiane de six centimètres environ. En arrière, le foie remonte jusqu'au sixième espace intercostal. Empâtement marqué de toute la région qui correspond au foie.

Le malade présente quelquefois de la dyspnée, mais l'examen des poumons ne fournit aucun signe particulier.

Les bruits du cœur sont faibles et précipités, mais réguliers; le soir, la température s'élève à 39°.

Les urines sont rouge foncé et peu abondantes.

Le lendemain de son entrée, à 11 heures du matin, le malade meurt dans le coma.

L'autopsie montre un peu de liquide dans les plèvres, surtout dans la plèvre droite. Le poumon gauche présente de la congestion hypostatique à sa base en arrière. De très forte adhérences unissent le bord postérieur du poumon droit à la gouttière costale, et la base du même poumon au diaphragme. Le diaphragme à ce niveau est très aminci; il se déchire lorsqu'on cherche à détruire

les adhérences qui l'unissent au poumon, et une forte quantité de pus fait irruption dans la cavité thoracique.

Le cœur est normal, sauf le ventricule gauche qui paraît légèrement hypertrophié.

Le grand épiploon et l'intestin grêle sont très vascularisés; les anses intestinales sont adhérentes les unes aux autres, et il existe dans la cavité péritonéale beaucoup de liquide citrin légèrement troublé par du pus.

Le foie présente sur la face antérieure de son lobe droit un point ramolli, uni à la paroi abdominale par de très solides adhérences. A la partie supérieure du même lobe, sous le diaphragme, il existe aussi de très solides adhérences qui circonscrivent l'ouverture d'un vaste foyer purulent hépatique. C'est à ce niveau que l'on a déchiré le diaphragme en cherchant à décoller le poumon droit.

Toute la face inférieure du foie est en rapport avec une sorte de loge péritonéale, située entre l'estomac et le foie. Cette loge du volume des deux poings environ est pleine d'un liquide citrin, mélangé à du pus grumeleux. Elle ne communique pas avec la cavité péritonéale, mais elle est en rapport avec un foyer purulent du foie, et l'ouverture de communication est située sur la face inférieure du lobe gauche, à deux centimètres environ en arrière du bord inférieur de l'organe. L'orifice de communication est obstrué par une sorte de bouchon formé d'un pus excessivement épais.

Cet abcès du lobe gauche et celui du lobe droit, qui s'était développé vers le diaphragme, sont pleins d'un pus grisâtre, crémeux, non odorant. Chaque cavité est du volume environ d'un œuf de dinde. Elles ne communiquent pas entre elles.

On trouve encore, sur la surface du foie, huit points ramollis, d'aspect brun verdâtre, qui incisés conduisent dans autant d'abcès isolés, gros chacun comme un œuf de pigeon. Dans l'intérieur du foie, on trouve six autres abcès isolés aussi, de même volume, et dont quelques-uns sont pleins d'un pus jaune verdâtre, très épais, non odorant On ne trouve nulle trace d'abcès cicatrisé.

L'extrémité droite du bord inférieur du lobe droit est indurée, friable, granuleuse, et crie sous le scalpel.

Entre cette extrémité droite et l'abcès, on trouve du tissu hépatique un peu pâle, comme anémié et ramolli.

Ce tissu forme un bloc irrégulier du volume d'une orange environ. On trouve autour de cette partie ramollie, de nombreuses ramifications de la veine porte obstruées par des caillots. Partout ailleurs, le foie présente à la coupe un peu de piqueté blanchâtre, mais il n'a nulle part, l'aspect de foie muscade.

OBSERVATION 15

Rupture d'un abcès amibien du foie. — Péritonite enkystée.

(Fontan. *Revue Gyn. et Chir. abd.*, 1889.)

En 1892, à Saint-Mandrier, on me signale qu'un homme venait de succomber à une dysenterie de Cochinchine compliquée de péritonite. Je vins assister à l'autopsie qui démontra la présence d'une hépatite suppurée, non soupçonnée. Mais en outre, une péritonite suppurée, enkystée affectait un trajet singulier dans toute la hauteur du ventre. La loge purulente allongée en longue bouteille descendait derrière l'ombilic, s'inclinait obliquement à gauche et venait s'arrêter en ampoule dans le sinus péritonéal de l'aîne gauche au niveau de l'anneau crural. Dans toute sa hauteur, cette cavité presque tubaire était adossée à la paroi antérieure de l'abdomen de sorte qu'on eût pu l'ouvrir et la drainer sans rencontrer l'intestin.

OBSERVATION 16

Migration du pus hépatique dans le péritoine, où il s'est enkysté par propagation lente.

(Pfihl. *Arch. Méd. Nav. et Colon.*, 1906)

Le G..., Auguste, premier-maître voilier en retraite, 53 ans, qui a déjà été opéré d'un abcès du foie colonial il y a huit ans.

Le premier abcès a été ouvert par une simple incision en dessous des côtes en mars 1897 et le malade a quitté l'hospice complètement guéri deux mois après. Il s'est bien porté depuis cette époque et a commencé il y a seulement trois mois à éprouver des malaises: gêne respiratoire, troubles digestifs, vomissements, petite fièvre le soir, en même temps qu'il voyait son ventre augmenter de volume.

Actuellement la circonférence de l'abdomen prise à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde, la partie la plus saillante, est de 98 cent. 5. Le malade étant allongé, on perçoit dans l'abdomen une tumeur d'un volume considérable, s'étendant d'un flanc à l'autre et de l'appendice xiphoïde à plus de mi-distance entre l'ombilic et le pubis. Cette tumeur est mate, rénitente, à bords assez nettement limités et paraît pédiculisée du côté du foie au niveau de l'ancienne cicatrice. On n'y perçoit pas de frémissement hydatique. Si l'on met le malade dans la position génu-cubitale, la tumeur vient bomber manifestement. Depuis dix jours surtout, l'état du malade s'est aggravé: la gêne respiratoire a augmenté, il se plaint de vomissements et de constipation opiniâtre, les urines sont rares et la température prise chaque jour à son domicile accuse de 38° à 38°7.

Une intervention s'impose et le malade est préparé en vu de l'opération, qui est décidée pour le 8 mai.

L'opération a été des plus simple : elle a consisté en une laparotomie médiane (incision de l'appendice xiphoïde à l'ombilic). Dès l'ouverture du péritoine il y a eu issue de pus chocolat dont on peut évaluer la quantité à plus de deux litres; cette vaste collection purulente a suivi la paroi abdominale et s'est enkystée dans une poche qui ne nous a pas permis de voir les anses intestinales.

OBSERVATION 17

Abcès de la face inférieure du foie ouvert dans le péritoine. Drainage sous-hépatique. — Mort.

(Cotte et Chifoliau. *Lyon Chirurgical*, 1918.)

Br... Germain, 33 ans, français, en Orient depuis 15 mois, est envoyé à l'hôpital temporaire n° 12 avec le diagnostic de péritonite. Dysenterie au mois de juin 1917 soigné à l'hôpital de contagieux et guéri après un mois de traitement à l'émétine.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois et s'est caractérisée par des accès de fièvre qui ont fait croire à du paludisme. Après trois semaines de traitement il est envoyé à l'hôpital de S... A l'entrée, il présente un mau-

vais état général; fièvre à grandes oscillations. Il y a 48 heures, le malade s'est plaint d'une douleur brusque dans le côté, suivie de vomissements bilieux.

Le 12 novembre, le malade, pour lequel nous sommes appelés en consultation, présente un facies péritonéal caractéristique. Hoquet persistant ; vomissements porracés, arrêt des matières et des gaz. Pouls à 120; respiration 30. L'abdomen est distendu : la matité hépatique est fortement augmentée.

Transporté d'urgence à la salle d'opération, on fait, sous anesthésie locale, une incision sous-hépatique qui donne issue à un liquide filant, renfermant des exsudats fibrineux purulents; drainage de la loge sous-hépatique. Mort le soir même.

A l'autopsie, on reconnaît l'existence d'un abcès développé au niveau de la face inférieure du lobe droit, près du hile et ouvert dans le péritoine.

OBSERVATION 18

Abcès du foie rompu. — Péritonite enkystée.

(Cotte et Chifoliau. *Lyon Chirurgical,* 1918.)

Ce cas concerne un homme de 29 ans qui était envoyé avec le diagnostic de tumeur intestinale; alternatives de diarrhée et de constipation; amaigrissement considérable, cachexie. Dans les antécédents, on ne signalait pas de dysenterie.

Lorsque je vis le malade pour la première fois, le 28 janvier dernier, je constatais l'existence d'un abcès de la fosse iliaque et de la loge rénale. Il semblait que l'on fut en présence d'une appendicite subaiguë avec abcès postérieur; mais il n'y avait aucun signe du côté de l'appendice: pas de crises antérieures, pas de gargouillement cœcal. J'avais bien pensé à un abcès du foie inférieur, mais devant l'absence de toute dysenterie, j'avais éliminé cette idée et, faisant un diagnostic purement anatomique, j'avais éliminé l'existence d'un abcès péri-néphrétique.

Le 29 janvier, incision lombo-iliaque de la collection (Cotte). A l'incision, il s'écoule un pus horriblement fétide ayant l'odeur intestinale des abcès appendiculaires.

Opératoirement j'eus l'impression qu'il s'agissait bien d'une appendicite avec abcès postérieur. Drainage.

Les suites immédiates furent simples; mais quelques jours après, le malade prit de la température que rien n'expliquait localement; la suppuration restait abondante, mais il n'y avait pas de rétention. Bientôt après, le malade présenta des signes nets de dysenterie. On le mit immédiatement à l'émétine; mais, malgré celà, il se cachectisa rapidement et mourut le 29 février. A l'autopsie, on vit qu'il s'agissait d'un abcès développé au niveau du bord inférieur du foie et qui avait fusé dans l'angle colo-pariétal jusqu'au niveau de la fosse iliaque, en refoulant le cœcum en avant. Le côlon, qui formait en dedans et en avant la paroi de l'abcès, était très épaissi. Sur le gros intestin, lésions de dysenterie chronique avec ulcération. Pas d'autres abcès dans le foie.

OBSERVATION 19

Abcès du lobe gauche méconnu et ouvert dans le péritoine. Occlusion intestinale.

(Sambuc. *Bull. Soc. Médico-Chirur. de l'Indochine*, 1911.)

P. C., 32 ans, commis des douanes à Haïphong, 8 ans de séjour, entre à l'hôpital le 9 avril 1901.

Note du billet: cachexie palustre et fièvre, malade depuis un mois.

10 avril. Température 36°5-36°8. A son arrivée le malade qui compte 8 années de séjour au Tonkin est très anémie et extrêmement amaigri. Il est atteint depuis plus d'un mois de diarrhée chronique et aurait eu de la fièvre il y a quelques jours.

Le foie et la rate sont hypertrophiés.

11 avril. Température 36°5-36°5.

12 avril. Température 36°7-36°7.

Le 12 avril dans l'après-midi, le malade éprouve brusquement de violentes douleurs abdominales ayant leur maximum d'acuité au niveau du creux épigastrique. La douleur n'est calmée que par une injection de morphine.

13 avril. Température 36°4-36°8.

Les douleurs abdominales ont reparu. Il y a un tympanisme abdominal considérable. Depuis 48 heures il n'y a

ni selles ni émission de gaz par l'anus. Les yeux sont excavés, la voix est cassée, les traits sont tirés.

14 avril. Température 36°8-37°.

Pas de selles, pas d'émission de gaz intestinaux. Les douleurs abdominales sont moins vives mais l'état général est de plus en plus mauvais.

15 avril. Température 37°-37°3. Pas de selles, expulsion de gaz par l'anus.

16 avril. Température 36°8-36°7. Pas de selles.

17 avril. Température 36°3-36°8.

Le malade meurt le 17 avril au soir.

Autopsie. Le foie est volumineux, au niveau du lobe gauche on trouve un abcès superficiel qui s'est ouvert dans le péritoine et a formé un foyer de péritonite localisée. Le pus comprimant une partie de l'intestin grêle semble avoir déterminé les phénomènes d'occlusion intestinale. Au centre du lobe droit on trouve un autre abcès du volume d'une mandarine. La rate est hypertrophiée.

OBSERVATION 20

Un cas d'abcès du foie rompu dans la cavité péritonéale. Opération. — Guérison.

(Par M. Pylos Ar. Petridis fils, d'Alexandrie)

Stmatis Jean, 26 ans, célibataire, entre à l'hôpital le 24 septembre 1926.

Age adulte. — Il y a quatre ans, pendant qu'il était à Assiout, dans la haute Egypte, il a eu la dysenterie pendant deux mois, il en guérit sans être soigné par un médecin.

Maladie actuelle. — Il y a quatre mois à peu près, faisant son service militaire en Macédoine orientale, il a été atteint de fièvres paludéennes forme tierce qui ont duré 2 mois et demi. Rentré en Egypte il a été soumis au traitement par la quinine et il guérit. Pendant deux semaines, il reste tout à fait apyrétique lorsque, il y a un mois à peu près, il a eu subitement et sans cause apparente une douleur intense à l'épigastre qui dura trois jours avec exaspération et diminution alternatives.

Cette douleur disparut, mais quelques jours plus tard, il y a dix-huit jours à peu près, le malade a eu de nou-

veau de la fièvre et de la courbature. Le médecin appelé dit au malade qu'il trouve le foie un peu augmenté de volume. La fièvre accompagnée de sueurs profuses, mais sans frissons, était continue, et elle oscillait entre 38°5-40°. Elle n'a duré qu'une dizaine de jours, après quoi le malade se sentant complètement remis quitta le lit. Il y a cinq ou six jours, il eut de nouveau de la fièvre sans frissons, mais accompagnée de sueurs. En même temps des douleurs ont apparu à l'hypochondre droit et un peu au-dessus du point de Mac Burney. Deux heures après le début de ces phénomènes, les douleurs ont pris tout le ventre, et elles sont devenues plus intenses la nuit. Le malade ne voyant pas d'amélioration se décida à entrer dans notre hôpital. Il est soigné pendant cinq jours dans le service de médecine (Directeur: Dr Valassopoulo).

Etat actuel. — Squelette et musculature bien développés; muqueuses subictériques; facies ne trahit rien de très grave; cœur, bruits nets; pouls régulier, de tension normale; aux poumons, murmure vésiculaire normal; foie augmenté de volume; rate rien à noter; ventre souple, indolore, pas de météorisme; dans les urines, traces d'albumine; sucre néant; examen des selles pour la recherche des amibes, négatif; température le soir de son entrée, 39°5 ; pulsations, 85.

Quoique le diagnostic ne s'impose pas, vu cependant le passé dysentérique et l'augmentation du foie, on a pensé à l'hépatite amibienne et on a commencé dès le premier jour des injections d'émétine Wellcome, 0,03 grammes. Le lendemain matin, fièvre 37°6 et pulsations 68; le soir, température 37°8, pulsations 72.

Examen du sang: Globules blancs: 31.600.

Le troisième jour, matin, température 37°, pulsations 68, soir, température 38°, pulsations 72; le quatrième jour, matin, température 37°, pulsations 66. Pendant ces quatre jours deux selles; quatre injections d'émétine Wellcome de 0,03 grammes par jour. A la visite du matin 27 septembre, on n'a rien noté de remarquable.

Vers 1 h. ½ de l'après-midi, le malade est pris subitement et sans cause apparente de douleurs excessivement fortes dans la région hépatique qui atteignent leur maximum vers 3 heures. Peu à peu des douleurs accompagnées d'engourdissement apparaissent à l'épaule droite et avec

moins d'intensité au membre supérieur droit entier. En même temps des douleurs fortes ont apparu au ventre, dans sa moitié droite et surtout dans les fosses iliaques et, chose curieuse, plus fortes dans la fosse iliaque gauche. Ver six heures du soir les douleurs étaient diffuses dans tout le ventre. Vu l'état grave du malade, on appela l'assistant du service qui ordonna l'application d'une vessie de glace sur le ventre et une injection de morphine; amélioration, consistant en sédation des phénomènes douloureux et en sommeil. La nuit se passe tranquillement.

Le lendemain le malade est transporté au service de chirurgie avec le diagnostic: Probablement rupture dans la cavité péritonéale d'une collection purulente d'origine hépatique, sans exclure toutefois l'origine appendiculaire.

Facies péritonitique;; douleurs intenses au ventre, surtout à droite, à la région hépatique, à l'épaule et au membre supérieur droit; abdomen ballonné et douloureux, franchement péritonitique. A la fosse iliaque droite, empâtement.

Première opération le 28 septembre 1916. Laparotomie latérale droite par une incision longue et légèrement courbe de la fosse iliaque droite. Ouverture d'une vaste collection purulente qui occupait la presque totalité du bassin; sortie abondante de pus. Après son évacuation, nous examinons au doigt et cherchons à trouver l'origine du pus. Nous explorons la face inférieure, la lèvre antérieure et latérale externe, ainsi que la face antérieure et supérieure du lobe droit du foie. Nous parvenons à trouver le point d'origine de l'abcès qui a émigré progressivement, à différents intervalles, vers le bassin où s'est formé la grande collection secondaire que nous avons ouverte par la laparotomie. L'abcès du foie siégeait à la partie postérieure de la face convexe du lobe droit du foie; il avait constitué des adhérences avec la partie correspondante du diaphragme et de la paroi thoracique, de sorte que ses parois étaient formées du parenchyme du foie lui-même du diaphragme et de la paroi thoracique, à la hauteur des dernières côtes. En même temps nous trouvons une autre collection purulente située en bas et en arrière sous le côlon ascendant, en continuité avec l'abcès du foie ; cette deuxième collection doit s'être formée à la suite de la rupture de l'abcès primitif, rup-

ture petite et lente, survenue probablement 18 à 20 jours avant la rupture totale. Un jour avant l'opération est survenue la rupture de la deuxième collection à la cavité pelvienne. Grâce à la situation postérieure de l'abcès, l'émigration du pus s'est faite le long du côlon ascendant et du cœcum vers la cavité pelvienne, où s'est collecté le pus en un vaste abcès.

Macroscopiquement le pus offre les caractères habituels du pus des abcès du foie, tropicaux c'est dire qu'il a une couleur chocolat et qu'il est très épais. Examen bactériologique: sur frottis et après coloration ordinaire, pas de microorganismes ; culture stérile.

Diagnostic après l'opération. — Abcès du lobe droit du foie situé postérieurement, rompu dans la cavité abdominale qu'il remplit et où il émigra en glissant le long du rein droit, du côlon ascendant et du cœcum.

Suites opératoires: le 28 septembre 1916. — Soir du jour de l'opération. Sérum physiol. 500 grammes, une ampoule d'un centimètre cube de la solution d'adrénaline au millième.

29 septembre. — La langue est humide, ventre un peu douloureux, yeux excavés, anxiété minime, pouls régulier, 75, température, 37°4. Sérum 500 grammes, adrénaline : injection sous-cutanée de 0,03 grammes d'émétine Wellcome. Premier pansement de la plaie deux fois par jour; écoulement de bile. Température, 36°8. Urines, 1.600 centimètres cubes.

1er octobre 1916. — Amélioration visible; ventre souple, langue humide, pouls régulier, anxiété peu marquée. Sérum, 500 grammes, adrénaline et 0,03 grammes d'émétine Wellcome. Pansement de la plaie quatre fois par jour. Ecoulement de bile de la plaie que nous considérons de bon augure. Température 36°-36°6. Urines 1.300 centimètres cubes. Pouls 70-72.

2 octobre. — Etat légèrement amélioré mais toujours grave. Température 36°4-37°; pouls 60-68. Urines 1.600 centimètres cubes. Sérum physiologique 500 grammes, adrénaline et troisième injection de 003 grammes d'émétine Wellcome. Pansement de la plaie quatre fois par jour ; écoulement de bile de la plaie.

3 octobre. — Quatrième injection d'émétine. La plaie va bien; pansement deux fois par jour; écoulement de bile; température, 36°5-36°E; pouls 60-70. Urines: albumine, néant; sucre: néant.

Deuxième examen du sang. Globules blancs 15.000.

4 octobre. — Décours normal; température 36°4-36°6; pouls 60-80. Urines, 1.600 centimètres cubes. Pansement de la plaie deux fois par jour; écoulement de bile. Sérum, adrénaline. Cessation des injections d'émétine.

5 octobre. — Dans la journée rien de particulier; température, 36°-35-6; pouls, 60-70. Vers minuit douleurs diffuses du ventre, d'intensité moyenne.

Troisième examen du sang: Globules blancs: 14.000.

6 octobre. — Douleurs intenses diffuses du ventre. Facies péritonique. Température 36°-36°5 ; pouls 70-80 ; respiration, 20. La régularité du pouls nous rassure.

7 octobre. — A partir de deux heures de l'après-midi, amélioration notable dès que les gaz ont commencé à sortir par l'anus. Au bout de quelques heures le malade se sent très bien et il ne présente aucun des phénomènes péritonéaux de la veille. Température, 36°5; pouls, 64-80; respiration, 20-22.

8 octobre. — Sensation de bien être; température, 36°5; pouls, 75-80; respiration, 20.

9 octobre. — Amélioration visible. Enlèvement des points de suture; température, 36°5-36°8; pouls, 62.

10 octobre. — A partir de ce jour, décours normal.

16 octobre. — Quatrième examen du sang: Globules blancs: 9.500.

24 octobre. — Soudain et sans cause apparante, douleurs à l'épaule droite et à la région hépatique. La température qui jusqu'à ce jour oscillait entre 36°-36°8 remonte à 38° le soir et les pulsations qui en moyenne comptaient 75 remontent à 90. La plaie ne présente rien de particulier à noter.

25 octobre. — La douleur est nettement localisée à la région hépatique près du rebord costal droit, et elle est assez intense pour gêner la respiration; température, 36°5-37°2; pouls 80-84.

27 octobre. — La douleur est toujours localisée à la base de l'hémithorax droit; mais aussi bien la douleur que le reste du complexus symptomatique sont en rémission. Température, 36°3-37°; pouls 80-100. Urines, 1.900 centimètres cubes, abondantes comme aux jours précédents.

Cinquième examen du sang: Globules blancs: 11.000.

28-30 octobre. — Les phénomènes persistent, les mêmes. Cependant nous ne pouvons pas préciser s'il s'agit d'une collection purulente non ouverte encore et qui se serait développée progressivement, ou si l'abcès rompu dans la cavité péritonéale qui a inondé la cavité pelvienne se serait reformée à la suite d'un mauvais drainage par la plaie abdominale. Dans le doute nous décidons l'opération.

Deuxième opération. Procédé Petridis. — L'anesthésie locale nous a suffi jusqu'au décollement du périoste ; mais à partir de la résection costale nous avons dû recourir au chloroforme. Cependant la quantité nécessaire a été bien moindre que celle que nous aurions dû employer dans une intervention pareille si la région à opérer n'avait pas été soumise préalablement à l'anesthésie locale. C'est une remarque que nous avons eu l'occasion de faire fréquemment et que nous avons mentionnée dans notre publication « sur l'anesthésie locale à novocaïne-adrénaline du liquide pleurétique. Après incision du diaphragme, le lobe droit du foie offre des adhérences avec les parois thoraciques et abdominales, mais sur une petite étendue. Avec les doigts de la main droite nous explorons le lobe droit du foie, ainsi que les organes voisins rein droit et côlon ascendant. Le rein droit peut être examiné même après l'inspection; il est normal. Le côlon présente les traces du passage de la fusée hépatique sans offrir cependant lui-même des altérations. Le foie présente un aspect congestionné, mais son volume est plus petit que normalement. Sur la face convexe du lobe droit et à sa partie externe nous trouvons du tissu cicatriciel à la place de la collection purulente (abcès du foie) que nous avons ouverte pendant la première opération. Décours normal. Température et pulsations normales.

20 novembre 1916. — Sixième examen du sang: Globules blancs : 8.600.

16 décembre 1916. De nouveau, examen du sang: Globules blancs: 7.200.

Sortie après huit semaines en état général parfait. La plaie minime est en train de se cicatriser.

OBSERVATION 21

Abcès de la face inférieure du lobe droit du foie extériorisé en péritoine cloisonné dans la gouttière paracolique droite où il est descendu jusqu'au dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

(Lacaze)

F... A..., 25 ans, entre à l'hôpital Auvert le 20 octobre 1925 pour tumeur de la fosse iliaque droite. Pas de réaction péritonéale. On perçoit dans la fosse iliaque interne droite et le flanc droit une tuméfaction allongée dans le sens vertical, non mobilisable, avec fluctuation peu nette. Cette tuméfaction est apparue il y a un mois au dire du malade qui affirme qu'elle a grossi et qu'elle s'est déplacée de haut en bas. Crises de diarrhée à plusieurs reprises mais non traitées. Le malade est apyrétique. La radioscopie ne révèle rien de particulier du côté de l'hypochondre droit mais montre que la tumeur est nettement en dehors du cœco-colon ascendant qui semble cependant la recouvrir dans sa moitié interne surtout au niveau du cœcum. Le diagnostic qui nous paraît le plus vraisemblable est celui d'abcès chronique d'origine appendiculaire. Le foie n'est pas augmenté de volume; la rate non plus. Pas d'amibes dans les selles. Bon état général. 4.000 globules rouges, 13.000 globules blancs, 70 % de polynucléaires.

Intervention le 20 octobre 1928 sous anesthésie générale à l'éther. Incision verticale sur la ligne blanche externe droite. Tissu parapéritonéal infiltré et œdémateux. Péritoine pariétal extraordinairement épaissi. Dès son incision, qui est reportée très en dehors et à droite, un flot de pus chocolat sourd en jet sous tension. Après évacuation du pus, on constate que la poche de l'abcès a des parois très épaisses (ce qui explique le peu de netteté de la fluctuation) témoignant de son ancienneté et qu'elle communique par un pertuis gros comme une

pièce de un franc avec une cavité intra-hépatique située en dehors du col de la vésicule. Agrandissement de la brèche de communication au doigt. Drainage double avec deux gros drains, l'un dans le foie, l'autre dans la partie inférieure de l'abcès extériorisé. Fermeture partielle de l'incision opératoire dans sa moitié supérieure, les deux drains ressortant par la partie inférieure de l'incision. Pas d'amibes dans le pus. Traitement général par l'émétine.

Guérison en deux mois sans incidents.

OBSERVATION 22

Abcès du foie rompu. — Péritonite enkystée. — Opération.

(Bressot)

Hamed Sala, 7e T. A., en permission chez lui, au Hamma, a ressenti au cours d'un effort (il chargeait des sacs de blé) une douleur brusque et vive dans la région sous-hépatique qui le força à s'aliter, Malgré une médication par scarifications locales et pommade conseillée par un guérisseur de chez lui, il constata l'apparition d'une tumeur qui grossit progressivement jusqu'à atteindre les dimensions actuelles pour lesquelles il vient nous consulter.

Nous notons au-dessous du foie une tumeur de la grosseur de deux poings descendant en bas dans la fosse iliaque jusqu'à une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et atteignant en dehors la fosse lombaire; en dedans elle longue une perpendiculaire abaissée de l'angle antérieur de la 11e côte. Cette tumeur est rénitente. Elle paraît se continuer avec le foie dans la partie toute externe; elle semble être séparée de la portion interne par une bande sonore. Pas de contact lombaire. Aucun antécédent hépatique; pas de troubles du transit. Colonne vertébrale souple. Etat général assez bon; température oscillant entre 37°2 le matin et 38°5 le soir. Un examen radioscopique montre une tumeur oblongue dépendant du foie et ayant refoulé le transverse et l'angle droit du côlon.

Weinberg et Casoni négatifs. Urines: rien d'anormal.

Intervention de 15 juin 1926.

Par incision transversale la tumeur est abordée. On trouve une poche bien cloisonnée d'où l'on évacue un quart de litre de pus chocolat caractéristique et communiquant en haut et en dehors avec une cavité creuse dans le bord inférieur convexe du foie. Le pus examiné contenait de amibes. Mèches et drain. Emétine et arsenic. Guérison. Les selles examinées ultérieurement montraient la présence de kystes.

En interrogeant le malade nous avons appris (chose que nous avions négligé de lui demander avant l'intervention, n'ayant pas soupçonné le diagnostic) qu'il avait eu une dysenterie au Maroc en septembre 1925 avec glaires et sang, dysenterie qui avait duré 5 à 6 jours et n'avait pas été traitée.

OBSERVATION 23

Abcès hépatique d'origine amibienne, rompu dans la cavité péritonéale. — Opération. — Guérison.

(Dr Fabiani Beneditti-Valentini. *Il policlinico, sezproct,* XXXVI, 1929, n° 31, 5 août, p. 1095.)

Bien que la rupture de l'abcès dysentérique en cavité péritonéale soit rare, il est encore plus rare d'être appelé à intervenir pour une aussi grave complication.

Je crois que mes collègues seront heureux de connaître le cas que j'ai eu l'occasion d'observer et de soigner en 1927 à l'hôpital de la Consolation.

D. F. Domenico, âgé de 47 ans, né et domicilié à Rome. Vers l'âge de 27 ans il a habité quelques temps la Chine. Fort buveur, fumeur modéré. Vers l'âge de 20 ans a eu une blennorrhagie compliquée d'épididymite ; rien à noter au point de ces antécédents tant pour lui que pour sa famille. Son histoire est la suivante. Pendant 40 jours douleurs abdominales assez intenses accompagnées de selles diarrhéiques muco-sanguinolentes. Pendant les dix derniers jours fièvre continue (38°-39°) frissons et transpiration abondante.

Pendant cinq jours douleur fixe, dans l'hypochondre droit, douleur qui augmente de plus en plus d'intensité. La température augmente aussi; les frissons et les nausées s'accentuent. Vingt-quatre heures avant l'entrée à

l'hôpital la douleur se généralise à tout l'abdomen, surviennent des nausées puis des vomissements et du ballonnement du ventre. Ni selles, ni gaz.

Le 11 octobre 1927 il se présente au poste de secours: forte agitation, traits tirés, visage pâle, front perlé de sueur. Etat général mauvais, langue pâteuse mais humide. Pouls 110 bien rythmé, tension moyenne, température 37°9. Poumon et cœur normaux. L'abdomen respire mal, peu souple. La palpation est douloureuse partout, mais plus spécialement dans la moitié droite et autant dans le quadrant supérieur que dans l'inférieur, où la défense de la paroi est cependant plus nette. On pense à un épanchement libre dans la cavité péritonéale.

Le foie et la rate ne peuvent être palpés à cause de la défense qu'oppose la paroi abdominale la percussion ne donne pas d'augmentation de volume.

Système nerveux normal.

Urines. Absence d'albumine et de sucre, pas d'éléments pathologiques. Bien que l'interrogatoire un peu hâtif n'ait pas mis en évidence les phénomènes d'enterocolite qui furent si éloquents par la suite lorsque l'on pu après l'intervention les recueillir en toute commodité, car selon notre habitude devant la douleur siégeant dans le cadran droit inférieur, le malade fut porté sur la table d'opération avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Opération (11-10-27), Dr Fabiani-Valentini. — Anesthésie éther-chloro. Incision para centrale plutôt haute avec comme milieu le niveau de l'ombilic.

Le péritoine ouvert laisse écouler un liquide laiteux purulent. L'appendice qui est inséré normalement est mobile, à peine hyperhémié; on l'enlève facilement, le moignon est enfoui. Cependant une grande quantité de pus trouble continue à couler dans la fosse iliaque droite, et une traînée de matière nettement purulente coule dans l'espace pariéto-colique. On prolonge en haut l'incision en forme de baïonnette afin de pouvoir facilement explorer le foie. Celui-ci est augmenté de volume et particulièrement le grand lobe, sur la face concave duquel se voit une tuméfaction de la grosseur d'une orange.

En son centre se trouve une petite ouverture lentiforme par laquelle coule un pus dense et verdâtre. En contact avec l'ouverture l'on voit l'angle hépato-colique du gros

intestin, qui sur sa face supérieure présente une tâche de la grandeur d'une pièce de 2 francs; elle est verdâtre couverte d'une sérosité opaque et épaisse sans trace d'adhérence et sans perforation protégeant opportunément la grande cavité et les viscères; on ouvre, on vide, on déterge la cavité de l'abcès après avoir prélevé un peu de matière pour l'examen bactériologique. On place un drain et une compresse dans la cavité de l'abcès, fixant le tout au parenchyme hépatique par un point, d'autres compresses sont mises en cercle autour du drain sur la face inférieure et près du bord antérieur du foie. On reconstitue la paroi au-dessus et au-dessous du drainage avec de simples points de suture. Une petite laparotomie hypogastrique est pratiquée et n'est pas complètement refermée de façon à permettre l'introduction d'un drain dans le petit bassin pour évacuer le pus à la partie la plus déclive.

Les jours suivants la température s'est notablement abaissée (37°2) les vomissements ont cessé et le cinquième jour émission de gaz et de selles. Le huitième jour fortes douleurs abdominales diffuses et diarrhée (cinq selles). Le drain de l'abcès est quitté le quatorzième jour et celui du petit bassin le huitième. La plaie a une fermeture normale et régulière (guérison par première intention).

Le 21 novembre, examen des selles après avoir donné des purgatifs salins : résultat positif l'amæba histolitica.

On institue le traitement émétinien 9 ctgr. par jour avec quatre jours émétine, quatre jours repos, des doses plus fortes n'étant pas tolérées. Le nombre de selles diminue rapidement et après quelques brèves et courtes rechutes le patient est complètement guéri et quitte l'hôpital le 21 décembre en parfaite santé.

OBSERVATION 24 (inédite)

Abcès du foie rompu dans l'arrière cavité des épiploons.

(Dr Perard, Casablanca.)

L..., vieux marocain, pas de dysenterie ancienne, légère pleurésie sèche à droite en 1924, début des accidents en mai 1925, crises extrêmement violentes avec vive douleur dans le flanc droit et à l'épigastre, apyrétiques, s'accom-

pagnant d'ictère léger, desquamation de la peau, urines foncées, d'une durée de six jours, avec repos complet de huit jours, et nouvelles crises de même durée. La dernière crise se termine le 21 juin, et le malade me supplie d'intervenir avant le retour de la suivante.

Je pense avec le Dr François a des crises de colique hépatique et j'interviens le 26 juin.

Opération le 26 juin devant le Dr François.

Laparotomie transversale comme pour une vésicule ; celle-ci apparaît normale ne contient pas de calculs, par contre le cholédoque est anormalement dilaté. Son exploration toutefois ne décèle aucun calcul et je songeais à l'ouvrir et à le drainer quand en introduisant un doigt dans l'arrière cavité des épiploons, je fais sourdre du pus chocolat, présentant tous les caractères du pus amibien. Il fut facile d'élargir doucement au doigt l'orifice, d'y mettre un gros drain entouré de mèches et de refermer la paroi en un plan.

Suites opératoires parfaitement normales. Traitement à l'émétine et au stovarsol et guérison rapide qui s'est maintenue complète. Le malade revu tous les ans jusqu'en janvier 1932 fait régulièrement deux séries d'émétine par an et n'a plus présenté depuis cette époque aucun accident.

OBSERVATION 25 (inédite)

Abcès amibien du foie rompu dans l'arrière cavité des épiploons.

(Dr Perard, Casablanca.)

M... Alfred, âgé de 43 ans qui fut pris en mars 1930 en Syrie d'une intoxication alimentaire brusque de nature indéterminée qui s'accompagna d'œdème généralisé et d'urticaire. Ces accidents cédèrent en quatre jours mais il persista depuis une gêne à la déglutition et des vomissements fréquents.

Le malade part en permission en Algérie et de là en France où une augmentation progressive des accidents amena en décembre 1930 une obstruction complète pendant quinze jours.

Evacué sur l'hôpital militaire du Val-de-Grâce le 23 janvier 1931, il y reste jusqu'au 1er avril 1931. Il revient le 28 avril et y reste jusqu'en septembre de la même année. Il est traité à ce moment dans le service du Professeur Worms pour la dilatation de l'œsophage. Le diagnostic de sortie porte: rétrécissement organique de l'œsophage dans la région du cardia. Deux biopsies faites ne permettent pas un diagnostic de dégénérescence maligne mais nécessitent cependant des réserves à ce sujet. Le malade est de nouveau hospitalisé à l'hôpital de Rabat du 21 octobre 1931 au 12 novembre 1931. Son état s'aggrave progressivement et il est évacué à l'hôpital militaire de Casablanca.

Pendant son séjour à Rabat il avait eu plusieurs vomissements de pus jaune clair attribués à des vomiques et qui provoquèrent une amélioration momentanée et une alimentation plus facile.

A son arrivée à l'hôpital militaire de Casablanca, le malade pèse 39 kgs. Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier. Il a eu en 1928 une dysenterie avec hémorragie intestinale traitée par l'émétine.

A l'examen viscéral on trouve un foie et des organes normaux; pas de ganglions.

Cinq séries d'émétine alternant avec du stovarsol donnent une amélioration très nette et le poids du malade monte au 15 janvier à 46 kgs. Depuis le 1er février, il reperd peu à peu son poids, s'alimente de plus en plus difficilement.

Une série de radiographies faites par le Dr Speder donne les résultats suivants:

17-11-31. Lors de la déglutition, l'œsophage se remplit jusqu'au niveau du diaphragme, mais présente en arrière et à droite une lacune où le liquide stationne.

Le liquide filtre obliquement jusqu'au tiers gauche du diaphragme gauche, pour passer dans la poche gastrique qui est orientée à 45° en bas d'abord avec point déclive au niveau des épines iliaques antérieures et supérieures. La grande courbure a des contours réguliers. Il y a donc un certain retard au passage des liquides de l'œsophage dans l'estomac.

Le liquide se rassemble dans le fond de la poche gastrique, le corps de l'estomac ayant toujours un calibre

réduit par suite de son refoulement à gauche par une opacité inséparable de l'ombre hépatique et qui correspond comme emplacement au lobe gauche du foie qui refoulerait en haut et à gauche la partie cardiaque de l'œsophage et de l'estomac et refoulerait à gauche la partie supérieure du corps de l'estomac, laissant libre la partie inférieure.

Foie. — Face supérieure très régulière dans ses trois quarts externes, avec netteté parfaite du champ pulmonaire; le bord droit arrive au niveau de la crête iliaque. Le lobe droit du foie a des contours absolument nets en haut, le lobe gauche et la partie supérieure du foie ont des contours absolument réguliers, les dimensions sont presque normales, mais le sinus cardio-phrénique droit est opaque, l'opacité étant postérieure, ayant des contours irréguliers vers le champ pulmonaire. Cette opacité n'est d'ailleurs pas homogène du côté antérieur et interne et est cachée, en examen de face, par l'oreillette droite. Cette opacité du sinus cardio phrénique droit correspond, comme niveau à la partie supérieure de la lacune de l'ombre œsophagienne.

9-2-32. — Les radiographies montrent que la partie terminale, sus-diaphragmatique de l'œsophage est irrégulière et présente des lacunes nombreuses, lacunes qui s'étendent sur trois travers de doigt de hauteur au-dessus des contours diaphragmatiques.

On raconte également qu'il y a une adhérence diaphragmatique à la paroi antéro-externe de l'œsophage, soulevant le diaphragme en forme de pointe vers le haut et donnant à l'ensemble l'aspect d'un sein avec mamelon saillant vers le haut.

Sous le diaphragme, des irrégularités et des lacunes s'observent jusqu'au niveau approximatif du cardia; en ce point, il y a, en arrière et en dedans, un trajet irrégulier, puis un autre trajet qui se dirige en bas en dehors et en avant, jusqu'à la poche gastrique, reconnaissable à la présence d'une bulle de gaz immédiatement sous le diaphragme, à la partie externe de la région sous-diaphragmatique.

Le liquide opaque descend ensuite, par un trajet régulier du côté grande courbure, irrégulier du côté petite

courbure, en bas et en dedans, jusqu'à l'angle vertébro-iliaque gauche où se trouve le fond de l'estomac.

A noter qu'il existe de plus en plus de rétention dans le fond de la poche gastrique.

Ces interprétations sont en faveur d'un néoplasme du cardia. Toutefois l'examen du malade montre que son état général est resté bon, apyrétique, ne présente aucun caractère de cachexie malgré son amaigrissement. Le palper est négatif. Il n'est perçu nulle part de ganglion en particulier dans la région sus-claviculaire.

Malgré les interprétations et les résultats donnés par les radiographies, il semble bien que l'obstacle soit mécanique, et, appelé en consultation par le Médecin-Commandant Duboureau, chirurgien de l'hôpital militaire, je porte le diagnostic d'abcès de la face postérieure du lobe gauche du foie, et nous décidons d'un commun accord d'intervenir.

L'opération est faite le 18 février 1932 par le Dr Duboureau et moi-même sous anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane et sus-ombilicale. On découvre un foie gros avec une vésicule grisâtre. L'estomac qui semble normal est adhérent sur toute sa petite courbure à la face inférieure du foie. Le palper de l'estomac révèle une grosse masse vers le haut de la petite courbure, masse qu'on peut atteindre facilement en relevant le côlon transverse mais qui semble bien de nature inflammatoire. On sépare alors à la compresse l'estomac du foie, on effondre le petit épiploon et l'on tombe en profondeur jusqu'au diaphragme sur un abcès rempli de pus épais sans odeur de couleur jaunâtre. Des échantillons sont prélevés pour le laboratoire. La cavité est évacuée le mieux possible avec des compresses imbibées de sérum; un gros drain entouré de mèches est laissé à demeure à travers la brèche et la paroi refermée en trois plans.

Le 19 février le malade est en excellent état: température 37°, pouls 80.

Le premier examen fait directement par le Médecin Commandant Delpy montre des colibacilles. De nombreux ensemencements ont été faits dont le résultat ne sera connu qu'ultérieurement.

OBSERVATION 26

Rupture d'un abcès du foie dans l'arrière cavité des épiploons.

(Lacaze et Melnotte. *Revue de Chirurgie*, 1928)

Nous nous souvenons en particulier d'un malade qui avait été hospitalisé successivement dans deux sanatorias pour abcès froid de la plèvre droite, avec gros foie étiqueté « foie tuberculeux ». La recherche du bacille de Koch avait été négative malgré une cinquantaine d'examens. Après échec de toute les thérapeutiques asséchantes à la plèvre, l'un de nous fut appelé en consultation pour donner son avis sur l'opportunité de l'évacuation de cet abcès froid. Nous nous trouvâmes en présence d'un malade en apyrexie complète au stade préagonique de la cachexie.

Ayant déjà une certaine expérience des suppurations hépatiques, nous n'avons pas eu grand peine à reconstituer l'histoire de ce malade qui avait servi quelques années auparavant à la Légion étrangère et avait présenté des crises peu intenses d'ailleurs, mais nettes de dysenterie amibienne. Il s'agissait non pas d'un tuberculeux pleural, mais d'un malade porteur d'une suppuration hépatique, datant de près de deux ans qui avait évolué lentement mais sûrement, avait atteint des proportions énormes et provoqué un amaigrissement progressif de 76 kgs à 43 kgs.

Nous fîmes donc le diagnostic de volumineux abcès du foie à évolution à la fois thoracique et abdominal, car nous percevions en outre une zone de matité sus ombilicale qui ne nous paraissait pas appartenir à la glande hépatique elle même.

Nous avons opéré ce malade le jour même par une simple incision intercostale sous anesthésie locale à la novocaïne, étant donné la gravité de l'état général. Cinq litres de pus firent irruption. Mais 48 heures après l'intervention le malade décédait.

La vérification anatomique montra un foie énorme, qui outre l'abcès évacué, en présentait huit autres répartis dans les deux lobes.

L'un de ces abcès s'était ouvert spontanément depuis déjà quelque temps dans l'arrière cavité des épiploons. Cette arrière cavité bloquée par des adhérences au niveau de l'hiatus de Winslow renfermait un litre de pus. Nombreuses adhérences du foie au diaphragme et à l'estomac. Le dôme du foie, malgré l'évacuation de l'abcès remontait encore très haut dans le thorax en refoulant le diaphragme. Adhérences des deux feuillets du cul-de-sac pleural droit, adhérences hépato-diaphragmatiques, mais pas de liquide dans la plèvre.

La coque hépatique de l'abcès évacué au cours de l'intervention présentait du côté diaphragmatique une épaisseur de un demi à un centimètre seulement, ce qui explique l'erreur des médecins qui ponctionnant le thorax avaient pu ramener du pus à une petite profondeur et l'avaient situé dans la cavité pleurale.

OBSERVATION 27

Abcès du foie. ... Pus épanché dans la cavité abdominale.

(Balme-Dugarray. *Bul. Soc. An.*, Paris, 1836)

M. Balme-Dugarray fait voir le foie d'une jeune fille de 22 ans, qui a succombé à l'ouverture d'un abcès du foie.

Il y a un mois elle ressentit une douleur vive et profonde; il survint un ictère, le foie débordait les côtes; il y avait de la fièvre; trois ou quatre jours avant la mort on observa les symptômes d'une violente péritonite. A l'autopsie on a trouvé du pus vers la région hypogastrique et des fausses membranes dans la cavité péritonéale. A la face convexe du lobe gauche du foie on rencontre une énorme poche pleine de pus, et présentant une ouverture à sa partie supérieure; c'est sans doute par là que s'est échappé le pus épanché qui a causé la péritonite. La poche communique largement, par sa partie inférieure, avec le conduit hépatique et le canal cholédoque, dilatés de manière à permettre l'introduction du petit doigt et le passage du pus dans l'intestin.

OBSERVATION 28

Dysenterie aiguë. — Suppuration du foie. Rupture de l'abcès dans l'abdomen. — Péritonite. — Mort.

(Cambay, 1847)

Le jour de son entrée, se plaint à la visite du soir d'aller très fréquemment à la selle, de faire du sang et d'éprouver beaucoup de chaleur et de cuissons à l'anus, au moment de la défécation. En même temps le pouls est fréquent dur et tendu (95 pulsations).

Il présente les symptômes suivants: abattement général, facies tiré, yeux cernés, abdomen un peu tendu, chaud et douloureux à l'hypogastre par la pression; défécations très fréquentes, précédées de peu de coliques, déjections alvines formées de matières rougeâtres, couleur lie de vin, contenant des lambeaux membraneux noirs et exhalant une odeur fétide et gangréneuse; ténesme anal.

Du 6 au 27, jour de son décès, son état présente les mêmes symptômes qui vont en s'agravant. Mort.

Autopsie: foie très considérable et qui remonte jusqu'au sein droit, en refoulant le poumon correspondant.

Le poumon droit est condensé en bas par la saillie du diaphragme, auquel il adhère à sa base, qui est tapissée d'une portion de plèvre rouge, recouverte de pseudo-membranes.

Le péricarde contient une certaine quantité de sérosité; le cœur est d'une consistance normale; on voit à sa face externe des plaques blanchâtres. Les ventricules renferment des caillots fibrineux jaunes.

Le foie est bombé; sailiant en haut et adhérent par sa face supérieure au diaphragme, dont il est séparé par les pseudo-membranes formées par le péritoine; elles renferment dans leur intérieur un caillot de sang rouge, aplati et commençant à s'organiser en membrane. La face inférieure du foie est intimement unie aux intestins et à l'estomac par des adhérences et des pseudo-membranes formées par le péritoine. Tous les organes abdominaux sont recouverts par de fausses membranes de diverses

couleurs, séparées entre elles par des foyers purulents et sanguins.

Le bord droit du foie présente en dedans de la vésicule biliaire une ouverture susceptible d'admettre le pouce et communiquant avec un abcès du grand lobe.

Après avoir enlevé de l'abdomen le foie, on reconnaît qu'il est considérablement hypertrophié, d'une couleur jaune rougeâtre et orangée, et qu'il a pris une forme conique à sa face supérieure; le grand lobe offre une épaisseur verticale d'environ 24 centimètres. En incisant le tissu hépatique il s'écoule peu de sang, et l'on reconnaît que le parenchyme est en général d'une couleur orangée, interrompue par des lignes grises, orangées de celui qui est rouge brun. Le tissu hépatique est consistant et assez ferme; sa friabilité ne paraît pas augmentée.

Le bord antérieur du foie offre, sur la surface convexe et en dedans de la vésicule, l'ouverture de l'abcès que l'on vient d'indiquer. Le foyer purulent a 8 cent. de hauteur sur 4 de largeur; il contient un pus épais, d'une couleur jaune sale. La face interne de cette cavité est formée par une couche jaune de tissu hépatique dégénéré en pus solide. Immédiatement en dehors de cette couche, le tissu hépatique est d'un rouge brun assez ferme et offrant des points jaunes formés par du pus concret. Du côté du reste du foie, ce tissu rouge brun a une épaisseur de 3 à 4 centimètres; il est plus friable que le reste de l'organe dans lequel il se fond. On ne trouve pas d'autre foyer purulent dans cet organe.

OBSERVATION 29

Abcès du foie rompu dans le péritoine.

(Haspel, 1850)

Dorliac, soldat au 2e régiment de chasseurs d'Afrique, âgé de 25 ans, éprouvait depuis une quinzaine de jours une douleur sourde dans l'hypochondre droit, lorsqu'il entra à l'hôpital le 25 novembre 1841. Examiné attentivement le lendemain, on découvrait à la région hépatique une saillie peu prononcée et fort étendue. La percussion

donna une matité étendue au delà du bord cartilagineux des côtes; elle y développait une douleur assez vive. Sept jours après coliques atroces avec phénomène ascitique. Les parois abdominales devinrent tendues, dures, la respiration haletante, le pouls très irrégulier, petit et fréquent.

Pendant quelques jours, délire et agitation la nuit. Mieux, à la visite du matin il accusait toujours de grandes coliques mais les vomissements avaient cessé. Il meurt la nuit.

Nécropsie. — Poitrine. — Une petite quantité de sérosité est épanchée dans la cavité des deux plèvres; le cœur a un volume considérable, son ventricule gauche est le siège d'une hypertrophie assez remarquable, tandis que le ventricule droit et l'oreillette correspondante sont considérablement dilatés.

Abdomen. — A peine eut-on divisé les parois abdominales qu'une matière sanieuse purulente s'écoula avec abondance, ce même liquide remplissait les fosses iliaques et l'excavation du bassin. Les deux faces de l'estomac, le côlon, les anses de l'intestin grêle, les reins, les deux surfaces concaves et convexes du foie et les portions correspondantes du diaphragme étaient tapissées par des exsudations blanchâtres, purulentes, se détachant en larges lambeaux et au-dessous desquelles la surface viscérale du péritoine était injectée et dans plusieurs points noirâtre. Le tissu du foie était jaunâtre et sans congestion apparente, il avait une extrême friabilité, et non seulement il se déchirait très facilement, mais même se réduisait en bouillie. Dans plusieurs points de sa substance incisée, s'écoulait en nappe un pus crémeux, abondant, qui l'infiltrait. En outre un vaste abcès avait occupé une partie de la face convexe du foie et s'enfonçait dans son épaisseur. Du milieu de cette face, il s'étendait jusqu'au bord inférieur de cet organe, et s'était ouvert largement dans le péritoine, et des fausses membranes offrant plusieurs lignes d'épaisseur et recouvertes d'une couche purulente nous indiquaient encore la place qu'il avait occupé dans le foie.

OBSERVATION 30

Hépatite suppurée avec dysenterie.
Abcès ouvert dans la cavité péritonéale.

(Foiret)

Dubarry, 23 ans, soldat d'infanterie de marine, depuis un an en Cochinchine, déjà débilité et anémié, est atteint de diarrhée au poste de Goden vers le commencement de décembre 1863, et avec une douleur persistante, siégeant à l'hypochondre droit, avec correspondance vers l'épaule du même côté ; matité qui dépasse en bas les fausses côtes. Plus de diarrhée, mais de la fièvre car le pouls est à 112, puis monte à 120.

Autopsie. — Le poumon droit adhère par sa base au diaphragme. La plèvre droite contient une faible quantité de sérosité limpide; il en est de même du péricarde. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un liquide jaune sale, mêlé de flocons purulents; et quelques fausses membranes mollasses et peu épaisses tapissent le côlon ascendant. Le foie est intimement uni par sa face concave avec le côlon transverse et avec la partie supérieure du rein droit; par la convexité de son lobe droit, il est fortement attaché au diaphragme. Vers la portion externe de son bord antérieur, et dans le voisinage des fausses côtes, existe une vaste ouverture, par laquelle a passé le pus élaboré dans le foie; pus qui s'est mélangé ensuite avec le liquide de l'hydropisie péritonéale. Cette ouverture, en effet, conduit à une profonde excavation de la face inférieure du lobe droit, laquelle ne renferme plus qu'une petite quantité de pus crémeux. Les parois de l'abcès irrégulières, anfractueuses, sont formées par du tissu glandulaire rougeâtre et dur.

OBSERVATION 31

Dysenterie. — Abcès du foie rompu dans le péritoine. Mort.

(Dr Clarac. *Arch. Méd. Nav. et Colon.*, 1892.)

F..., 22 ans, né à Paris. Matelot embarqué sur le cuirassé : « La Glissonnière », deux ans de colonie. Est envoyé à l'hôpital le 18 janvier 1880 avec la note suivante: « A

l'infirmerie du bord depuis dix-sept jours. Diarrhée, quatre selles sanguinolentes aujourd'hui, coliques. » A l'entrée, coliques très vives, douleurs à la pression du ventre surtout au niveau du cœcum. Selles muco-sanguinolentes, pas de fièvre, rien du côté de la glande hépatique.

Le 16 février, douleur vive à l'épaule et à la région hépatique. Renvoyé immédiatement à l'hôpital du chef-lieu.

Le 17 février, on note: pouls 100, température 39 degrés, respiration 40, légère teinte ictérique, facies grippé. Augmentation notable du foie, douloureux à la pression. Symptômes de pleurésie diaphragmatique, douleurs vives à l'épaule et au cou.

Le 19, température 38°5, pouls 84, respiration 40. Cet état persiste, on ne tente aucune intervention.

Le 26, symptômes de péritonite.

Le 29, mort dans la soirée.

Autopsie résumée. — Péritonite généralisée, pus en abondance dans le petit bassin. Le foie occupe les deux hypochondres, le lobe gauche considérablement augmenté de volume comprime la rate. Le lobe droit déborde les fausses côtes de 4 centimètres; une ulcération siégeant à la partie antéro-externe de ce lobe laisse écouler du pus, adhérences périhépatiques. L'organe pèse 2 k. 500. L'abcès s'ouvre dans l'abdomen par trois ouvertures. La poche occupe les deux tiers du lobe droit Elle présente les traces d'une cloison, entre deux abcès maintenant confondus à la partie inférieure ; petit abcès isolé. Léger épaississement des parois du gros intestin.

OBSERVATION 32

Abcès ouvert dans le péritoine. — Pleuro-pneumonie concomitante.

(Foiret)

Riboulleau, 22 ans, natif de Rochefort, est arrivé en Cochinchine au mois d'avril 1867. Atteint de dysenterie depuis une quinzaine de jours, il est envoyé à l'hôpital le 6 juin 1866.

Il supporte difficilement la palpation, surtout en un point de la ligne axillaire voisin de la base du thorax,

où l'on ne voit d'ailleurs ni rougeur, ni empâtement, ni fluctuation. Le soulèvement de toute la région est appréciable à l'inspection simple; les derniers espaces intercostaux droits, qui sont de niveau avec les côtes, contrastent vivement avec les gauches, tous déprimés en dedans par suite de l'extrême maigreur du sujet. La percussion, qui est excessivement pénible, révèle une matité s'étendant depuis 2 centimètres au-dessus du mamelon jusqu'à mi-distance entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque. Crachats spumeux et sanglants; souffle tubaire et bronchophonie: cet ensemble symptomatique fait penser à un abcès se faisant jour par le poumon. On ne soupçonne pas une péritonite par perforation, bien que la douleur locale gagne un peu vers le flanc. Les crachats rouillés continuent; la respiration devient haletante et le malade succombe dans la soirée. Il n'a jamais offert d'ictère.

Autopsie. — Tuméfaction de l'hypochondre. Ballonnement de l'abdomen, dont l'ouverture donne passage à de la sérosité louche, teintée en vert jaunâtre, assez abondante, tenant en suspension des flocons fibrineux. Le paquet intestinal, qui baigne dans ce liquide, est coloré en rose vif; mais les anses n'ont contracté entre elles aucune adhérence. Les feuillets du mésentère sont injectés, dépolis tapissés d'un exsudat. Le foie, libre à sa surface, ne pèse que 1 k. 750. Le tiers externe de son lobe droit est envahi par un abcès volumineux, dont la coque est réduite en certains endroits à une épaisseur d'un centimètre. A la face concave, tout près de la partie externe du bord tranchant, il s'est fait à cette poche une déchirure en fente, antéro-postérieure, à bords déchiquetés. Une partie du pus s'est écoulée par là dans la partie péritonéale. Ce qui en reste dans l'abcès est épais, vert clair, grumeleux, non mélangé de sang. Les parois de la caverne ont immédiatement et dans une épaisseur de 2 millim. un tissu induré à coloration ardoisée ; au delà jusqu'à 1 centimètre plus loin, de la substance glandulaire pigmentée et ramollie: pas de membrane kystique. Le reste du foie a perdu un peu de sa consistance. Le diaphragme a sa face séparée du foie par une nappe de pus, sa face supérieure soudée à la base du poumon droit, et baignée de même par un peu de pus intra-pleural. Le lobe infé-

rieur du poumon droit est hépatisé; le moyen est engoué; le supérieur sain, de même que la totalité du poumon gauche. La plèvre droite contient un petit épanchement purulent. La gauche est oblitérée; mais cette oblitération remonte à une date ancienne.

OBSERVATION 33

Abcès du lobe carré rompu dans la cavité abdominale. Mort.

(Coustols. *Soc. An., Paris,* 1890.)

Individu de 26 ans présentant au niveau de l'hypochondre droit, une tumeur prise primitivement pour un abcès froid du thorax; on ouvre et on voit sortir du pus. La cavité remontait derrière les côtes; on diagnostique alors pleurésie purulente. Le malade meurt quelques jours après dans le marasme.

Autopsie. — Les plèvres sont libres, saines, sans pus, le poumon est également sain. Le foie était farci de poches purulentes. Un gros abcès était à la face convexe ; c'est lui que l'on avait ouvert et dont la fistule persistait depuis l'ouverture. Au niveau du lobe carré il y avait un petit abcès qui s'était rompu dans le péritoine et avant entraîné la mort.

OBSERVATION 34

Dysenterie. — Abcès du foie rompu dans le péritoine. — Opération. — Guérison.

(Fontan. *Rev. Gyn. et Chir. abd.,* 1988.)

D..., maréchal-des-logis d'artillerie de marine, a été atteint d'une fièvre bilieuse hématurique au Soudan, puis d'une dysenterie qui le ramène trois fois à l'hôpital dans le cours de 1896 à 1897. Pendant ces atteintes de dysenteries il s'est plaint plusieurs fois de douleurs hépatiques et a présenté de la fièvre. On a cependant pas soupçonné l'hépatite.

Le 2 juin 1898, il entre avec le billet suivant: « appendicite, à plusieurs reprises s'est plaint de douleurs vives dans la fosse iliaque droite et de constipation. De-

puis huit jours, les mêmes symptômes se manifestent plus violents, n'a pas d'appétit et est incapable de faire son service. »

Le malade raconte qu'il a ressenti il y a deux mois une douleur en coup de pistolet dans la fosse iliaque droite, sans fièvre, ni vomissements. Cet état s'est reproduit deux autres fois, avec des irradiations dans la région lombaire et l'hypochondre droit.

Actuellement, douleur surtout ombilicale, palpation du côté droit du ventre très douloureuse, pas d'empâtement marqué, langue saburrale, facies grippé, vomissements bilieux. Température 38°, urines foncées contenant de l'albumine.

Même état pendant 4 jours. Le malade est dirigé sur le service de chirurgie. En l'examinant une dernière fois avant de l'opérer, je constate que le ventre est ballonné surtout au niveau du côlon transverse; sonorité exagérée en cet endroit, au contraire empâtement et matité le long du côlon ascendant, mais, à partir du point de Mac Burney et en descendant vers l'aîne, la fosse iliaque est libre; la main peut déprimer fortement la paroi à ce niveau sans éveiller de douleur. Considérant alors la situation grave du malade, les vomissements, l'aspect grippé, la dissociation du pouls (120) d'avec la température (36°8), je me décide à l'opérer sur le champ, quoique quelques doutes s'élèvent dans mon esprit au sujet d'une appendicite réelle.

Opération. — Incision de 8 centimètres, au lieu de l'appendicite, à égale distance de l'épine iliaque et de l'ombilic. Dès que le péritoine est ouvert apparaissent des anses intestinales rouges nageant dans un pus jaune clair. Ce pus est répandu dans tout le péritoine et particulièrement dans le petit bassin. Il n'existe autour du cœcum, ni en dedans, ni en bas, aucune cloison, aucune trace de péritonite adhésive. Le cœcum d'ailleurs, est à peu près sain, ainsi que l'appendice.

Recherchant alors dans le haut de la plaie, agrandie en ce point, je trouve à quelques centimètres au-dessous du foie un paquet d'épiploon épaissi et adhérent qui limite par en bas une loge spéciale, dont le côlon transverse semble former la paroi supérieure. Cette loge renferme du pus chocolat semblable à celui d'un abcès du foie,

Cet abcès est nettoyé avec soin et écouvillonné. Puis l'intestin est dépouillé des exsudats purulents qu'il présente; la totalité de la cavité péritonéale est largement lavée par des irrigations d'eau boriquée tiède et deux gros drains sont laissés aux angles de la plaie, l'un plongeant dans le bassin, l'autre dans la loge enkystée supérieure. La portion intermédiaire de la plaie est suturée suivant les règles. On pratique dans la journée plusieurs injections de sérum artificiel de Hayem.

Le lendemain, 7 juin, l'amélioration est déjà considérable, le pouls meilleur, le facies détendu; les injections ressortent presque claires; vomissements porracés; température 37°.

Du 7 au 12 juin, quelques incidents: les vomissements font rompre toutes les sutures que l'on remplace par des fils d'argent. Il sort du pus sanguinolent épais, rouge brique ou abricot, par le drain supérieur.

L'état général s'améliore.

Le 20 juin on note qu'en pressant la région lombaire, on fait sortir une grande quantité de pus chocolat par la partie supérieure de la plaie; d'ailleurs toute la cavité inférieure est cicatrisée.

Le 30 juin, pour mieux drainer cette péritonite enkystée qui continue à fournir beaucoup de pus, je pratique une contre-ouverture de décharge de la région lombaire, en dehors du rein, et place un gros drain transpéritonéal d'avant en arrière. Pendant cette manœuvre, l'indicateur introduit dans la plaie a reconnu le rein, et aussi la face inférieure du foie, sans qu'il ait été possible de déterminer exactement quel était le point de départ de la suppuration.

Pendant quinze à vingt jours, tout va pour le mieux. La suppuration diminue beaucoup et le malade reprend plusieurs kilos de poids.

Le 17 juillet, puis le 24, accès de fièvre. En même temps on constate, au bord du foie, au niveau de la vésicule biliaire, la formation d'une voussure limitée, mâte et douloureuse.

26 juillet, deuxième opération. Une ponction exploratrice, faite dans la voussure ramène un liquide clair d'abord, puis à peine louche; en enfonçant davantage l'aiguille, on obtient du pus mêlé de sang.

Incision de 12 centimètres sur le bord costal; on découvre le foie qui présente des adhérences nombreuses que l'on déchire. Au-dessous de la vésicule, qui paraît épaissie et congestionnée, existe une petite loge de péritonite, bien enkystée, et qui vient d'être vidée par la ponction.

On réunit par une incision verticale l'extrémité externe de l'incision sous-costale avec l'extrémité supérieure non cicatrisée de l'ancienne plaie. Une exploration méthodique, mais très laborieuse, à cause de nombreuses adhérences, permet d'arriver sur le foyer hépatique dont l'ouverture, en cratère, siège, à la face inférieure du foie, immédiatement en dehors de la vésicule biliaire. Curettage et lavage de ce foyer. On place trois drains: l'un sortant par l'incision lombaire, les deux autres par les deux extrémités de l'incision ventrale. Suture en trois plans de toute la longueur de la plaie. A dater de ce moment, la marche a été régulière, quoique lente, vers la guérison. Les cicatrices ont été définitives le 25 septembre et le malade est parti le 1er octobre en congé.

OBSERVATION 35

Abcès dysentérique du foie ouvert dans la cavité abdominale. — Opération. — Mort.

(Petridis. *Hépatite dysentérique et leur traitement,* 1920.)

Le Dr Nicolas Emir..., âgé de 65 ans, médecin exerçant à Port-Saïd, entre dans notre hôpital le 30 novembre 1907, avec le diagnostic de péritonite appendiculaire que, du reste, il admet lui-même. Le soir de son entrée, température 38°. Etat grave. Globules blancs, 12.000. Injection de sérum physiologique et d'huile camphrée. Trois selles. Le lendemain, 1er décembre, température: 37°8-38°5. Neuf fois à la selle. Dans les urines, traces d'albumine, sucre 83,3 p. 1000. Le 2 décembre, température 37°6-37°4. Dix-sept fois à la selle. Urine: 1.250 centimètres cubes. Globules blancs, 14.000. Le 3 décembre, opération. Il s'agissait d'abcès multiples du foie, dont un de la *face inférieure rompu dans la cavité péritonéale.* Après l'opération, la température descend au-dessous de 37°, et elle s'y maintient jusqu'à la mort, survenue le septième jour après l'opération.

OBSERVATION 36

Péritonite par rupture d'un abcès amibien du foie.

(Petridis. *Hép. dys. et leur trait.*, 1920.)

Georges Michail., âgé de 45 ans, employé, entre dans notre hôpital le 15 octobre 1908, avec des phénomènes de péritonite aiguë et une douleur intense localisée dans la fosse iliaque droite. Le diagnostic posé a été d'abord celui de péritonite à la suite d'une rupture d'appendicite gangréneuse. Mais comme le malade présentait une légère douleur à l'épaule droite, le foie augmenté de volume et un peu douloureux, on a soupçonné l'abcès du foie qui, rompu dans le péritoine a provoqué le tableau clinique de la péritonite aiguë. Le jour même de son entrée, opération qui a consisté en une laparotomie latérale droite. On trouve du pus dans le péritoine. Rien du côté de l'appendice. En remontant en haut pour examiner le foie, *on trouve l'abcès rompu qui siégeait à la face concave et près du bord antérieur du lobe droit du foie.* Lavage abondant à l'eau stérilisée et drainage. Amélioration passagère pendant les premiers jours après l'opération. Mort le cinquième jour après son entrée, avec des phénomènes de septicémie grave. L'autopsie a montré encore deux abcès siégeant tous les deux à la face convexe du foie, mais l'un dans le lobe droit et l'autre dans le lobe gauche.

OBSERVATION 37

Dysenterie au Maroc. ... Mort due à une inondation péritonéale par un abcès du lobe droit méconnu.

(Perves et Oudard. *Arch. Méd. nav et col.*, 1913)

M..., 22 ans, soldat au 5e colonial, séjour au Maroc de février à octobre 1911. Rapatrié pour dysenterie. Il présente une crise de dysenterie grave qui attire d'abord toute l'attention du médecin traitant.

Pendant le voyage en chemin de fer, il avait ressenti une douleur violente un peu à gauche du creux épigastrique. Cette région est toujours douloureuse; fièvre irrégulière.

1er novembre. Apparition dans la région épigastrique, près du rebord des cartilages costaux gauches, d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, fluctuante, mate à la percussion. La matité occupe à gauche une partie de l'espace de Traube. Elle est toutefois séparée de la matité splénique par une zone sonore et se continue à droite, sans interruption, avec la matité du lobe droit du foie, qui s'étend verticalement de deux travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes.

La réaction leucocytaire donne 86 % de polynucléaires sans éosinophilie.

Etat général très mauvais. Ce soldat qui pesait 70 kilogrammes avant son départ au Maroc, ne pèse actuellement que 41kgr. 800. Escarre au sacrum.

3 novembre. Après chloroformisation prudente à l'appareil Ricard, incision oblique sur le bord des cartilages costaux gauches et sur le point culminant de la tumeur. Le péritoine étant reconnu adhérent, l'abcès est ponctionné au bistouri et vidé de 500 grammes de pus blanc verdâtre. L'incision est agrandie pour permettre de nettoyer l'abcès à l'aide de tampons montés et en explorer les parois.

On reconnaît qu'il est limité en haut, sur une petite étendue, par une mince lamelle de tissu hépatique, à bords frangés, et, partout ailleurs, par une mince membrane qui laisse voir et sentir des saillies épiploïques et des anses intestinales. L'incision a légèrement dépassé la limite des adhérences dans l'angle inférieur de la plaie, où une petite frange épiploïque fait hernie. On résèque et on ferme la cavité péritonéale.

L'état général semble s'améliorer; pas de fièvre; pouls bon, au-dessous de 80 pulsations à la minute.

9 novembre. Rechute de dysenterie. Légère cholerragie par la plaie.

10 novembre. Cholerragie abondante, affaiblissement prononcé, pouls faible, dépressible.

11 novembre. Cholerragie très abondante; selles très liquides, couleur argileuse; faiblesse très accentuée, pouls très petit. A 11 heures du matin, se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite, où l'on trouve de la matité. A deux heures de l'après-midi, une matité en fer à cheval occupe la fosse iliaque gauche. La faiblesse est telle

que le malade, qui a toute sa connaissance, peut à peine parler; ses extrémités sont froides, le pouls n'est presque plus perceptible.

Décès le 12 novembre à 2 h. 30 du matin.

Autopsie. — La cavité abdominale est remplie de pus blanc verdâtre dans lequel nagent les anses intestinales, qui ne sont nullement agglutinées entre elles, ni enduites de fausses membranes. En recherchant d'où vient le pus, on découvre dans le lobe droit du foie un abcès énorme pouvant admettre une tête d'enfant nouveau-né et présentant sur la face convexe, près de son bord inférieur, une large brèche à bords irréguliers, par où il a pu inonder le péritoine dépourvu d'adhérences.

L'abcès du lobe gauche opéré est, au contraire, complètement isolé de la cavité péritonéale par de solides adhérences. On reconnaît qu'il est complètement inclus dans le lobe gauche du foie et que ses parois, sauf à droite, sont réduites à la capsule de Glisson. La cavité de l'abcès n'est plus qu'une cavité virtuelle, par suite de l'affaissement des parois.

Le décès a donc été causé par l'irruption brusque dans la cavité péritonéale d'un très gros abcès méconnu du lobe droit.

OBSERVATION 38

Péritonite généralisée purulente consécutive à la rupture d'un abcès du foie de la partie postérieure de la face convexe du lobe droit et ayant simulé la péritonite par perforation intestinale typhoïdique.

(Pavlos et Petridis)

Stam..., âgé de 39 ans, grec, entre dans notre service de chirurgie (salle Zancarol), le 3 novembre 1924.

Antécédents personnels. — Fièvre paludéenne il y a plusieurs années. Le malade nie catégoriquement la dysenterie.

Maladie actuelle. — Il y a environ un mois que des dérangements gastro-intestinaux consistants en mauvaises digestions ont apparu pour la première fois. Dix jours après s'est ajoutée la fièvre qui présentait des exacerbations vespérales et des rémissions matinales, la fièvre a

été le symptôme dominant jusqu'à hier, veille de son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire pendant trois semaines. Hier vers midi, subitement et sans raison apparente, il ressentit une douleur atroce à la région de l'ombilic qui a été suivie d'une chute de la température à 36°. L'apyrexie se maintient depuis ce moment jusqu'à aujourd'hui, il en est de même de l'anxiété qui n'a pas diminué après que la douleur a été calmée. Du moment de l'apparition de la douleur, en coup de poignard, jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire pendant 32 heures le malade n'a eu ni selles, ni gaz par l'anus; par contre, il a eu deux mictions. Le médecin qui l'a visité a déclaré se trouver devant des phénomènes péritonitiques et conseillé le transport du malade à l'hôpital.

Etat du malade à son entrée. — Grave. Faciès péritonique. Dyspnée. Langue sèche. Température 37°2; pulsations, 90; respiration 22, limites et tons du cœur normaux. Poumons: phénomènes de catarrhe bronchique léger et diffus au poumon droit. Foie: limite supérieure 5e cote dans le prolongement de la ligne mammaire. Ses limites inférieures ne peuvent être fixées à cause du météorisme abdominal, mais la matité ne dépasse pas le rebord costal droit.

Région malade. — Abdomen. Ce qui attire d'abord notre attention, c'est le météorisme manifeste de l'abdomen. Le malade localise la douleur à la région ombilicale qui devient beaucoup plus douloureuse à la pression. Nous avons recherché s'il y a une localisation douloureuse dans la fosse iliaque droite comme on l'observe dans la perforation appendiculaire, mais en vain. Notre impression était que nous étions en présence d'une péritonite généralisée à point de départ difficile à déterminer.

Nous nous sommes donc arrêtés au diagnostic de péritonite généralisée purulente consécutive probablement à une perforation intestinale dans le décours d'une fièvre typhoïde ou consécutive à une perforation appendiculaire. Toutefois pendant les préparatifs de l'opération, l'interne nous a donné quelques renseignements complémentaires faisant envisager la possibilité de la rupture d'un abcès du foie tropical dans la cavité péritonéale : 1° Il apprit de l'entourage et du malade lui-même que la fièvre faisait son invasion avec les frissons ; 2° en

dehors de la fièvre, le malade avait une légère douleur de l'intestin. Nous remontons l'iléon sur la partie terminale duquel nous pensons trouver la perforation soupçonnée avant l'opération. Ici, également, les recherches ont été sans résultat. Ni perforation, ni autre lésion, du moins visible à l'œil nu sur une longue étendue de l'intestin grêle. La fosse iliaque droite est pleine de pus plus épais que celui qui a coulé à l'ouverture du péritoine. Nous prolongeons notre incision vers l'épigastre, jusqu'à la pointe de l'apophyse xyphoïde et nous explorons sans résultat le duodénum, la vésicule biliaire et l'estomac, qui baignent dans le pus, qui nous a semblé provenir de l'espace virtuel entre la partie convexe du lobe droit du foie et du diaphragme. Le pus en question n'a pas l'aspect chocolat caractéristique du pus hépatique. Nous procédons tout de même à l'examen du foie dont les régions accessibles à la vue ne présentent rien d'anormal. Nous procédons à une palpation minutieuse de la grande partie de la face convexe du lobe droit du foie ainsi que de sa face concave sans trouver nulle part l'abcès présumé. Devant la négativité de notre exploration par la vue et par la palpation et devant l'état général grave du malade, nous nous voyons forcés de refermer l'abdomen en deux plans, après avoir placé des compresses de drainage.

En conclusion nous radions moins après qu'avant l'opération, quant à la cause de la péritonite.

En réexaminant le malade avant d'intervenir, on trouve un léger œdème à la région hépatique dans l'espace compris entre la 7e et la 10e côte, le 9e espace intercostal paraît douloureux à la pression.

Quoi qu'il en fut de l'origine de la péritonite, le point essentiel, c'est la péritonite qu'on doit traiter d'urgence. Nous proposons la laparotomie exploratrice qui est pratiquée deux heures après l'entrée du malade.

Opération. — Incision sus et sous-ombilicale de vingt centimètres de longueur, rien à noter jusqu'à l'ouverture de la cavité péritonéale. Dès son ouverture s'écoule un litre de liquide séro-purulent, inodore et de couleur kaki. En même temps les anses intestinales très distendues et hyperhémie s'échappent hors du ventre et elles sont couvertes par place d'exsudats. Pour ne pas perdre de temps nous allons immédiatement à la fosse iliaque droite à la recher-

che de l'appendice, qui en dehors de quelques exsudats qui le recouvrent, ne présente aucune altération visible. L'appendice est petit et hyperhémié comme tout le reste.

Suites opératoires. — Amélioration dans la matinée; faciès meilleur. Gaz par l'anus. Des vomissements cependant persistent; lavage de l'estomac qui a beaucoup soulagé le malade. Le matin, température 37°; pulsations 100. Dans l'après-midi l'état empire et les vomissements continuent. Discordance de la température et du pouls. Température: 36°7; pulsations: 120; respiration: 40.

Le surlendemain matin, aggravation en plus grande température: 37°5 le matin, 37°6 le soir; pulsations: 130; respiration: 48. Mort le soir à 8 heures.

Autopsie. — De la partie postérieure de la face convexe du lobe droit du foie, nous trouvons un abcès volumineux, qui s'était rompu dans la cavité péritonéale, et qui avait provoqué la péritonite purulente, dont est mort notre malade. Rien à noter du côté des autres viscères abdominaux.

Diagnostic post-nécropsique: Péritonite généralisée purulente consécutive à un abcès de la face postérieure convexe du lobe droit du foie simulant une péritonite par perforation typhoïdique.

Ce cas est intéressant car le diagnostic n'a pu être posé avec exactitude à cause du manque de renseignements précis sur le décours de sa maladie actuelle. L'un de ses médecins traitants, que nous avons rencontré quelques jours après la mort du malade, nous apprit que dans les deux examens du malade qu'il a fait chez lui, il trouva le foie augmenté de volume, qu'il songea à l'hépatite des pays chauds et qu'il fit trois injections d'émétine.

L'examen du pus prélevé dans l'opération, n'a révélé ni amibes, ni microbes. Les cultures ont été stériles. Le pus obtenu pendant l'autopsie par raclage de la paroi de l'abcès a montré des amibes.

Nous avons demandé au Professeur Askanasy (de Genève) d'examiner le foie de notre malade et voici son rapport:

Foie de 20, 19 et 8 centimètres, la surface est assez lisse dans la convexité diaphragmatique, le lobe droit du foie fait une proéminence à surface irrégulière mesurant

6 centimètres de diamètre. La partie opposée de cette proéminence présente une perte de substance à surface fortement irrégulière, à bords déchiquetés dont les grands lambeaux sont séparés sur l'entrée d'une grande cavité située dans le lobe droit. A la coupe cette cavité mesure 9, 5,5, 3 centimètres. Elle atteint presque le milieu du foie. Les parois sont déchiquetées, recouvertes de matières nécrosées. Vers le tissu hépatique normal on constate une bordure formée par de petits abcès circonscrits. Cette bordure a une épaisseur d'à peu près 1. cent. 5. La veine porte et ses branches, de même que la veine hépatique et la veine cave inférieure, ne contiennent que du sang coagulé.

Les voies biliaires sont vides. Vésicule biliaire contractée, revêtue d'une muqueuse finement plissée, colorée en vert foncé. Pas de contenu.

Au microscope. — On distingue dans la coupe, la large zone de la paroi de l'abcès et le tissu hépatique ambiant. Au niveau de l'abcès on discerne avec la loupe, d'un côte des traînées fibreuses qui renferment des canalicules biliaires et des vaisseaux sanguins. D'autre part, les foyers de taille et de forme différentes, des abcès proprement dits, qui se répandent sous forme de foyers ronds et de serpentins vers l'atmosphère fibreuse. Les abcès sont en grande partie très pâles, parce qu'ils ne font voir qu'une masse granulaire avec quelques débris de chromatine. Par endroits les polynucléaires sont encore mieux conservés, et c'est dans ces parties où la matière nécrosée est plus ramollie.

A l'endroit où les abcès touchent au tissu conjonctif, ce dernier est plus riche en vaisseaux sanguins et en lymphocytes. Ailleurs le tissu conjonctif des travées fibreuses est pauvre en noyaux; il est à remarquer qu'au niveau, des canalicules biliaires, il y a parfois des polynucléaires dans leur lumière, et parfois l'abcès est perforé par un canalicule biliaire plus grand. On trouve des infiltrations leucocytaires en karyohéxis qui contiennent encore quelques faisceaux collagènes au milieu de l'abcès.

Quant au tissu hépatique voisin, les cellules hépatiques sont bien conservées, les capillaires bien dilatés et hypérémiés, le sang en état de leucocytose. Les fibres de charpente sont augmentées en nombre. Dans les espaces de

Kierman de cette zone hépatique rien de particulier. Les cellules hépatiques renferment passablement de lipofuschine.

Examen bactériologique. — Avec Lugol on ne constate pas d'amibes colorées en brun.

Avec Gram, beaucoup de bâtonnets gram positif dans le sang coagulé des veines surtout au niveau de l'abcès.

Avec Unna-Pappenheim, on trouve dans les canalicules biliaires dilatés des petits bâtonnets colorés en rouge. La même image, seulement le nombre des bacilles a beaucoup augmenté, couleur bleu foncé après Nicolle Loeffler.

D. A. — Abcès hépatique probablement colibacillaire. Les amibes ayant été trouvées dans l'examen fait par raclage de la paroi de l'abcès hépatique, le diagnostic doit toutefois porter sur un abcès hépatique amibien. Les bâtonnets correspondant à une invasion hépatique secondaire. La cholangite peut être l'œuvre de cette invasion secondaire.

OBSERVATION 29

Péritonite généralisée à colibacilles et amibes dysentériques, suite de rupture d'un abcès de la face inférieure du lobe gauche du foie.

(Lacaze)

M... P..., 27 ans, entre à l'hôpital Auvert le 8 juin 1925 au matin, envoyé d'urgence parce qu'au décours d'une dysenterie amibienne pour laquelle il venait de subir pendant cinq jours une piqûre quotidienne de 0 gr. 08 d'émétine, il a présenté brusquement dans la nuit des signes brutaux de péritonite par perforation. Le tableau de la péritonite généralisée est au complet: pouls à 135, mauvais état général, ballonnement de l'abdomen, contracture de la paroi, vomissements verdâtres, hoquet. Au toucher, le cul-de-sac de Douglas bombe nettement, il est très douloureux.

Intervention d'urgence sous anesthésie générale à l'éther.

D'abord, simple laparotomie médiane sous-ombilicale ; on pense en effet qu'il peut s'agir d'une lésion appendiculaire, d'une lésion du diverticule de Meckel ou d'une

lésion sigmoïdienne, car c'est la région sus-pubienne qui est de beaucoup la plus douloureuse à la palpation.

On élimine d'emblée la péritonite par rupture d'ulcération dysentérique car nous n'avons jamais vu de péritonite asthénique à généralisation rapide chez les dysentériques récents non cachectiques. Dès l'ouverture du ventre, issue abondante de pus mal lié, jaune verdâtre. Rapidement on se rend compte que ce pus descend des parties hautes de l'abdomen en grande abondance. On transforme aussitôt l'incision sous-ombilicale en laparotomie médiane totale jusqu'à l'appendice xiphoïde. Alors en relevant le lobe gauche du foie, on aperçoit, sur la face inférieure de ce lobe, immédiatement en avant de la partie gauche de l'épiploon gastro-hépatique et au contact de la partie supérieure de la petite courbure de l'estomac qui s'est déjà partiellement accolée à elle, une perforation présentant les dimensions d'une pièce de 50 centimes, par laquelle le pus sourd goutte à goutte. Le doigt introduit dans cet orifice constate la présence à l'intérieur du lobe gauche d'un abcès du foie gros comme une orange. Assèchement aux compresses des anses grêles, des gouttières paracoliques et paramésentériques. Assèchement du Douglas, Drainage sus-ombilical avec un drain intra-hépatique, un drain sous-hépatique et deux grandes mèches. Puis drainage sus-pubien du Douglas avec deux gros drains.

Etant donné le mauvais état général du malade, fermeture rapide de la paroi abdominale en un plan au fil de bronze sur les deux zones de drainage.

Traitement général concomitant par l'émétine.

Examen du pus péritonéal, à la culture: colibacille. Présence d'amibes au troisième pansement seulement de la plaie sus-ombilicale. Amélioration rapide de l'état général après trois journées post-opératoires en état grave. Cicatrisation terminée en neuf semaines.

OBSERVATION 40

Hépatite chronique suivie de suppuration; le contenu d'un abcès du foie a pénétré dans la plèvre droite, et tend à se faire jour au dehors par le poumon.

(Rouis)

D..., 40 ans,maçon, entre à l'hôpital de Blida le 7 août 1850. Depuis sept ans il réside en Algérie. Les accidents dont il se plaint ont commencé en juin dernier par une fièvre quotidienne irrégulière accompagnée de selles et de vomissements bilieux. Bientôt après, une légère suffusion ictérique s'est manifestée à la peau. Douleur pongitive dans le flanc droit, vers le sixième espace intercostal; l'épaule correspondante a été envahie par un sentiment continu de gêne.

Le 7 août. Habitus extérieur profondément amaigri, facies hippocratique, ventre rétracté. Le bord inférieur du foie dépasse de 3 centimètres les cartilages costaux, ce qui le conduit à soulever la paroi abdominale suivant une ligne oblique, étendue de la douzième côte droite à la septième gauche. En opérant la percussion sur la région antérieure de l'hypochondre droit, on reconnaît que la matité hépatique, perceptible en haut de la 5e côte, se prolonge sans interruption jusqu'au rebord dont nous venons de parler. Dans le flanc, cette matité est remplacée par une autre non moins complète, mais qui, dépourvue de caractères tranchés, remonte jusqu'à la troisième côte, et occupe aussi en avant et en arrière le reste de la base du poumon. A ces signes se joint une douleur gravative siégeant dans la région du foie. Respiration rare, courte, pénible; toute trace en a disparu dans le développement de la matité qui existe à la base du poumon droit; par contre, elle affecte un timbre puéril dans le poumon gauche. Pouls 80, petit, dépressible. Dans les vingt-quatre heures, six selles d'aspect muco-bilieux.

Le malade ne sort pas d'un état d'adynamie profonde. Mort au commencement de la nuit.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

Le foie présente sur place une couleur rouge brun. Des traces d'hypertrophie se remarquent dans l'élément interlobulaire de son tissu. A droite, son bord inférieur dépasse de 3 centimètres la limite du thorax, et sa cavité

culminante remonte jusqu'au niveau antérieur de la 5e côte.

Poids: 2.000 grammes. Son extrémité droite est unie à la paroi costo-diaphragmatique par une mince couche d'adhérences fibreuses; en outre, elle est creusée d'un abcès qui débouche au milieu de celle-ci contre la paroi dont il s'agit. Cet abcès de forme ovoïde, possède une capacité de 70 centimètres cubes. Une foule de lambeaux membraneux, longs de 5 à 40 millimètres, se rattachent à sa superficie par une de leurs extrémités seulement; ce qui les conduit à rester affaissés les uns sur les autres.

L'abcès que nous venons de décrire, communique par une large perforation du diaphragme avec un second abcès situé dans la cavité thoracique droite. Compris entre la paroi costale, le muscle précédent et le poumon, ce second abcès renferme 200 grammes de liquide. Il est circonscrit par une zone d'adhérences fibreuses, en dehors desquelles un demi-litre de sérosité citrine flotte librement dans le sac pleural. Autour de lui, le tissu pulmonaire, refoulé en haut et en dedans, a subi l'hépatisation rouge dans une étendue de plusieurs centimètres; ce tissu a d'ailleurs été entamé déjà par la suppuration sur tous les points où il sert de paroi à l'abcès.

Les deux abcès dont il s'agit, sont munis chacun d'une membrane pyogénique. Dans celle du foie, cette membrane consiste en un mince feuillet séro-celluleux qui se réfléchit selon les divers détails des lambeaux ; dans l'abcès sus-diaphragmatique, elle est épaisse de 1 millimètre, dépourvue de cohérence et noirâtre.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'est écoulé 300 grammes de sérosité citrine.

OBSERVATION 41

Hépatite chronique suivie de la formation d'un abcès ; celui-ci, après s'être ouvert dans la plèvre droite, et de là dans les bronches, tend à se créer une nouvelle issue à travers l'un des espaces intercostaux.

(Rouis)

R..., zouave, âgé de quarante-deux ans, et en comptant quatorze de résidence en Algérie, entre à l'hôpital d'Oran, le 24 mai 1856.

Amaigrissement commençant, débilité excessive. Les douleurs du flanc ont acquis une violence extrême; par intervalles, il s'y joint des élancements. La matité du lobe droit du foie descend, en avant, jusqu'à une ligne étendue de la douzième côte gauche ; en arrière, jusqu'au niveau supérieur de la troisième vertèbre lombaire. A la partie postérieure de la base du poumon correspondant, absence complète de murmure respiratoire, matité. Le malade ne peut respirer que dans la position demi-assise. Appétit presque nul, constipation depuis trois jours, pouls réduit, dépressible, à 78 ; sueurs notables pendant la nuit.

Les douleurs de l'hypochondre acquièrent une vivacité intolérable, et se propagent jusqu'au mamelon voisin. Sentiment d'oppression accablante, orthopnée; pouls irrégulier, très petit.

Expectoration d'une grande quantité de matières analogues à du chocolat au lait; puis soulagement notable, toux facile.

Le 4. Dans les vingt-quatre heures, l'expectoration toujours de même nature qu'hier après-midi, s'est élevée à 250 grammes. Au fond du crachoir se voient quelques pelotons muqueux, rouge brun.

Le 5. Les douleurs d'épaule ont disparu; quant à celles du flanc, elles se sont concentrées sous la onzième côte, et ne se réveillent que lors des grands efforts d'inspiration. En arrière de la base du poumon droit, respiration bronchique, égophonie, matité. Depuis hier, l'expectoration a fourni 100 grammes de crachats rouge brun.

Le 9. Adynamie absolue; pouls petit, faible. Mort le 11.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort.

En détachant la paroi abdominale antérieure, on reconnaît que la convexité culminante du foie, ainsi que la grosse extrémité de cet organe, sont unies par de solides adhérences à la voute du diaphragme. Une dissection, dans le but d'isoler davantage l'organe, conduit sur un énorme abcès de forme sphéroïdale. Les deux tiers inférieur de cet abcès sont creusés au dépens du lobe droit du foie; le tiers supérieur l'est aux dépens de la base du poumon correspondant. Quant à la portion intermédiaire du diaphragme, elle a complètement disparu. En dehors, l'abcès a débouché inférieurement contre la paroi

costo-diaphragmatique supérieurement contre la plèvre pariétale. D'épaisses pseudo-membranes retiennent la base du poumon adhérente à ce qui reste de la périphérie du diaphragme et aux parois du thorax.

Circonscrit de la sorte, l'abcès occupe tout l'espace compris, verticalement, de la quatrième côte à la neuvième, transversalement, de la paroi costale droite aux abords du ligament suspenseur; autrement dit, il mesure 15 centimètres en ses divers sens, ce qui lui permet de contenir 1800 grammes de pus. Dans l'étendue de quelques millimètres autour du vide qu'il embrasse, la substance viscérale acquiert graduellement une teinte noirâtre et une plus forte densité. Enfin, il est tapissé par une production pyogénique blanche, dont la structure varie suivant les points.

OBSERVATION 42

Abcès ouvert dans le poumon et dans la plèvre. Incision dans le huitième espace. — Guérison.

(Ferron. *Mém. Bull. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1893, p. 129.)

F..., maréchal des logis d'artillerie de marine, entre à l'hôpital de Bordeaux le 16 novembre 1890. A séjourné au Soudan où il eut la dysenterie. Vomique depuis le 22 octobre. Anémie poussée au dernier degré. Foie de dimensions normales: en avant, ni voussure, ni matité exagérée. En arrière on constate la présence d'une tuméfaction étendue de la sixième côte aux dernières fausses côtes; à ce niveau la pression est douloureuse; sensation assez vague de fluctuation à la base. Température: 38°; appétit assez bien conservé.

22 novembre. Opération. — Précautions antiseptiques. Une ponction faite au bistouri sur le bord supérieur de la neuvième côte, libre passage à une faible quantité de pus grisâtre; l'incision est agrandie aux ciseaux dans l'étendue de 10 centimètres.

Les côtes, dépouillées en partie de leur périoste, présentent des bords irréguliers; le huitième espace intercostal est élargi. L'index pénètre librement dans une double cavité; l'une est comprise entre la paroi thoracique

le poumon et le diaphragme auquel adhère cet organe; l'autre, dans laquelle donne accès un orifice aux bords rigides, percé dans le diaphragme, est creusée dans le foie.

Il s'en échappe un flot de pus crémeux, mélangé de matières partie grisâtres, partie lie-de-vin.

Le drainage est assuré à l'aide de deux gros tubes, passant l'un à travers le diaphragme dans le foyer hépatique, l'autre dans la cavité pulmonaire, fixés entre eux par une épingle de sûreté et à la peau par un crin de Florence.

Suites de l'opération: bonnes.

26 novembre. Fonctions normales; ni toux ni expectoration. Raccourcissement des drains.

9 février. Appétit, embonpoint prononcé ; urination normale. Le pansement renouvelé tous les jours est taché par du pus rougeâtre, mais en très faible proportion. Lavages de la cavité hépatique.

7 avril. Cicatrisation de la plaie.

OBSERVATION 43

Dysenterie. — Hépatite suppurée. — Mort par irruption du pus dans la plèvre droite.

(Foiret. Thèse Paris, 1870.)

Brice (Jean-François), 25 ans, dix mois de séjour en Cochinchine, entre à l'hôpital le 30 avril 1865, pour engorgement du foie. Fièvre, troubles intestinaux. Le 8 mai, le sujet rend par la bouche un jet de pus sanieux, et l'expectoration purulente s'établit dès lors pour durer avec quelques oscillations jusqu'à la mort. Un fort accès de fièvre, qui se produit le 11 juin, interrompt seul la marche chronique de l'affection, qui semble même tendre vers la guérison, lorsque, vers la fin de juillet, l'état général décline, et de petits mouvements fébriles se montrent tous les soirs. Les forces diminuent; l'hypochondre droit reste douloureux, ainsi que l'épigastre; l'appétit se perd, et une diarrhée se déclare, laquelle dégénère bientôt en dysenterie. Les traitements mis en œuvre contre cette complication restent infructueux, et le dépérissement, pro-

gressant de plus en plus, aboutit, le 28 août, à une terminaison fatale.

Autopsie. — Dans la cavité thoracique, le cœur et le péricarde, la plèvre et le poumon gauches n'offrent rien à remarquer. Vers la moitié inférieure de la cavité pleurale droite existe une poche déjà ancienne, bien circonscrite par des adhérences entre les deux feuillets de la séreuse, tapissée par une membrane adventice très épaisse et très résistante, et renfermant une petite quantité de pus mal lié. Cette poche, qui empiète sur la région abdominale, présente les dimensions de 0 m. 15 en hauteur verticale et 0 m. 08 ou 0 m. 10 dans les autres sens. Elle a aplati en dedans le lobe inférieur du poumon droit, sans altérer son tissu. En haut elle communique avec les bronches par un trajet fistuleux, de la grosseur d'une plume d'oie, creusé dans le lobe moyen; et les parois de ce trajet présentent, sur une épaisseur de 1 centimètre, un tissu induré et granuleux. En bas, la poche se continue directement à travers une vaste perte de substance du diaphragme, qui adhère d'ailleurs sur le pourtour à la convexité du grand lobe, avec l'excavation hépatique principale. Le foie est énorme; en avant, il est soudé, tant par sa face supérieure que par l'inférieure, à tous les organes avoisinants. Sur la convexité du lobe droit, jusqu'auprès du bord antérieur, on remarque une dépression très profonde qui pourrait admettre le poing d'un adolescent, et dont les parois se prolongent vers celles du grand sac pleural. Ces parois sont constituées d'abord par la membrane pyogénique lisse, au-dessous par un tissu fibreux non rayonné, qui semble procéder de la capsule de Glisson, et dont l'épaisseur diminue du centre, où il y a 7 à 8 millimètres, vers la circonférence. Au-dessous de ce tissu fibrineux, le parenchyme hépatique est, sur une épaisseur de 1 à 2 centimètres, plus tassé, ses granulations moins apparentes, sa couleur plus brune. En détruisant les adhérences du lobe gauche avec la face antérieure de l'estomac, on trouve au devant de l'épiploon gastro-hépatique, une collection de 100 à 150 grammes de pus séreux, louche, gris, rougeâtre, provenant de la face inférieure du petit lobe. Le reste du foie est normal. Sur le gros intestin lésions caractéristiques de dysenterie.

OBSERVATION 44

Abcès sus-diaphragmatique droit consécutif à la rupture lente dans la plèvre correspondante d'un abcès du foie tropical siégeant à la face convexe du lobe droit.

(Petridis. *Revue de Méd. et d'Hyg. Colon.*, 1924)

Marcel A..., âgé de 48 ans, marin de profession, grec, entre à l'hôpital grec le 30 juillet 1924.

Il habite en Egypte depuis vingt ans mais pas continuellement. Il nie catégoriquement la dysenterie.

Maladie actuelle. — Malheureusement le malade, peu intelligent, ne parvient pas à nous donner de renseignements exacts et utiles. Depuis vingt-deux jours, dit-il, il est atteint de diarrhée sans glaires ni sang et d'une douleur peu intense à la partie latérale de l'hémithorax droit dans le prolongement de la région axillaire. C'est pour la diarrhée symptôme dominant, que le malade entre dans le service de médecine (Dr Lyriti) de notre hôpital. A son entrée, il présente le complexus symptômatique suivant: 1° diarrhée, symptôme cardinal; 2° fièvre modérée 37°-38°; 3° légère douleur à l'hémitorax droit dans le prolongement de l'aisselle. Ce dernier symptôme, peu accusé, du reste, n'attire pas tout spécialement l'attention des médecins traitants. D'ailleurs, les limites du foie sont normales et la douleur est mal définie et sans localisation nette, tantôt localisée par le malade aux derniers espaces intercostaux et tantôt au rebord costal droit.

Le 21e jour après son entrée, on pratique une ponction exploratrice dans le prolongement de l'aisselle par conséquent en arrière et on retire du pus chocolat. Le diagnostic de l'abcès du foie s'impose alors, et le malade est envoyé dans notre service quatre jours après. L'examen du pus a été négatif au point de vue amibes. Les cultures du pus sont restées stériles. Entre temps, le malade ressentait des douleurs à l'épaule droite.

Etat du malade à son entrée dans le service de chirurgie. Etat général plutôt mauvais. Faciès pâle et cachectique. Langue saburrale. Taille moyenne. Embonpoint médiocre. Il est à noter que pendant le séjour du malade dans le service de médecine, on n'a pas remarqué de réaction pleuro-pulmonaire du côté- droit.

Région malade. Foie. Limites supérieures, 5e côte dans le prolongement de la ligne mammaire droite. De là, la matité s'étend en arrière en suivant une ligne horizontale. Limites inférieures: le foie dépasse le rebord costal de deux travers de doigt. Œdème de la paroi thoracique au niveau de la 7e et de la 8e côte, dans le prolongement de la ligne axillaire médiane et sensation confuse de fluctuation. En même temps, douleur à la région en question. La base de l'hémithorax droit est nettement élargie en comparaison à celle du côté gauche. Ce qui a attiré tout spécialement notre attention c'est que la matité hépatique vers le haut a augmenté à vue d'œil, mais sans douleurs ni phénomènes bruyants dans l'espace des quelques jours qui ont précédé l'opération. La matité hépatique a dépassé nettement la 6e côte dans le prolongement de la ligne mammaire. Nous avons pensé à la migration pleurale mais justement l'absence de la douleur soudaine et l'absence du cortège des phénomènes bruyants qui accompagnent cette complication nous ont fait rejeter la possibilité de cette éventualité. La température pendant les quatre jours qui ont précédé l'opération oscillait entre 37°5 et 39°.

Examen radiologique (Dr Georgion). — Opacité de la base pulmonaire droite avec surface supérieure floue et mal limitée, ne présentant aucun changement pendant la respiration profonde. Cela cadre bien avec le diagnostic d'un abcès hépatique du lobe droit avec réaction pleuro-pulmonaire de sa base droite, s'il ne s'agit déjà d'un abcès sous-diaphragmatique.

Diagnostic clinique. — Probablement abcès du foie tropical siégeant à la face convexe du lobe droit du foie avec phénomènes de réaction pleuro-pulmonaire de la base de l'hémithorax droit.

Opération. — Le cinquième jour après l'entrée du malade dans notre service, incision du procédé Petridis avec résection de la 7e et 8e côtes seulement. Par le trou de la paroi pleurale épaissie, consécutif à la ponction exploratrice faite dans le service de médecine, il sort du pus épais. Débridement au bistouri et excision d'une partie de la paroi pleurale épaissie, qui est en même temps paroi de la collection purulente. Issue de 300 centimètres cubes et plus de pus épais et jaunâtre nullement couleur

de chocolat comme il en est sorti à la ponction exploratrice. Après nettoyage de la cavité abcessielle, nous remarquons que celle-ci est nettement délimitée, et complètement séparée de la cavité thoracique et de la cavité abdominale. En ce qui concerne la question de savoir quels sont les viscères dont le parenchyme constitue les parois de cet abcès, on ne peut pas se prononcer avec certitude en se basant sur les données de l'inspection seule. Par déduction on doit admettre que la paroi externe de l'abcès est constituée par la paroi thoracique, que la paroi interne est constituée par le parenchyme du poumon correspondant, et que la paroi supérieure serait constituée par le poumon et la paroi thoracique correspondante et la paroi inférieure en bas par le diaphragme. Nous explorons attentivement la paroi inférieure diaphragmatique et nous examinons s'il n'y a pas un trou de communication qui fait communiquer la collection sus-diaphragmatique avec l'abcès présumé du lobe droit du foie. Nos recherches sont restées infructueuses. Nous croyons imprudent de ne pas inciser le diaphragme pour procéder à l'exploration du foie selon le procédé Petridis. Nous tamponnons aseptiquement et nous attendons les événements.

Diagnostic post-opératoire provisoire. — Abcès sus-diaphragmatique de la base de l'hémithorax droit à point de départ et de la nature indéterminée.

Examen microbiologique (Dr Crendiropoulos). — L'examen du pus prélevé pendant l'opération a été stérile dans les cultures.

Ce que nous pouvons avancer avec certitude c'est qu'il s'agit d'une collection purulente enkystée de la base de l'hémithorax droit de nature et à point de départ indéterminé.

Pleurésie purulente enkystée? Abcès sous-diaphragmatique? Abcès du foie rompu progressivement dans la plèvre et enkysté?

Le quatrième jour, le pus qui avait jusqu'ici l'aspect du pus d'une suppuration ordinaire a présenté aujourd'hui la couleur et la consistance caractéristique de l'abcès hépatique. Pas de doute qu'il provient du foie sous-jacent malgré que le trou de communication reste introuvable pour le moment. Pansements journaliers et lavage de la

cavité abcessielle au Dakin. Suites assez bonnes pendant les trois premières semaines qui ont suivi l'opération. Tout de même la plaie suppurait abondamment — pus hépatique caractéristique — et l'état général restait toujours médiocre et l'amaigrissement persistait. Au commensement de la quatrième semaine apparaît une diarrhée suspecte. On institue immédiatement le traitement émétinien 0 gr. 06 d'émétine Wellcome par jour, 0 gr. 03 le matin et 0 gr. 03 le soir par voie hypodermique. Malgré l'émétine les selles deviennent muco-sanguinolentes. Dans l'espace de sept jours consécutifs le malade reçoit 0 gr. 42 d'émétine Welcome. Malgré ce traitement intense l'état général dépérit à vue d'œil. En même temps nous remarquons que depuis l'apparition des selles muco-purulentes la suppuration de la plaie a grandement diminué. Nous pensons qu'une deuxième intervention pour explorer le foie et ouvrir l'abcès primitif mal drainé ou un deuxième abcès qui probablement existe, est inévitable. Tout de même nous remettons l'opération en attendant les effets du traitement émétinien, tout en étant prêts d'intervenir si nous voyons que l'état empire ou persiste à être mauvais.

A la fin de la première série des injections d'émétine, on remarque que les kystes amibiens persistent dans les selles qui continuent à être muco-sanguinolentes. Nous donnons la pâte de Ravaut *per os*. Les selles ont diminué de nombre mais elles continuent à être muco-sanguinolentes. L'état général commence à s'améliorer. Nous sommes au commencement de la cinquième semaine. La plaie va bien et elle suppure très peu. L'état général s'améliore notamment. A partir de la sixième semaine l'amélioration est rapide, aussi bien au point de vue général qu'au point de vue local. Les selles diarrhéiques ont cessé. La température qui jusqu'au trentième jour après l'opération s'élevait fréquemment jusqu'à 37°5, depuis ce jour, se maintient constamment au-dessous de 37° jusqu'à la sortie du malade qui a lieu le cinquantième jour après l'opération.

Etat du malade à la sortie. — Etat général très bon. Etat local: la plaie très petite ne suppure presque pas et elle se cicatrise normalement.

5 décembre 1924. La plaie s'est complètement cicatrisée et l'état général est très bon.

OBSERVATION 45

Abcès du foie ouvert dans la plèvre.

(Dr Bressot, Constantine.)

Coch..., sergent, 3e tirailleurs, 24 ans.

Traité, depuis trois mois, pour bronchite qualifiée de tuberculeuse, bien que l'examen des crachats de teinte vert sale, parfois légèrement rouillés, n'eût pas révélé de bacilles de Koch et que l'examen microscopique n'ait montré que des plages pulmonaires voilées et parsemées de grisaille. L'amaigrissement progressif, un état général rapidement mauvais, des oscillations thermique d'ailleurs irrégulières faisaient porter un pronostic sévère.

Le 23 janvier 1925 apparition de signes de pleurésie purulente; une ponction ramène du pus jaune verdâtre paraissant contenir, sous forme de grumeaux, de la bouillie hématique. C'est à ce moment que nous sommes appelé à voir ce malade. Les caractères du pus retiré par ponction, l'examen radioscopique qui montre un diaphragme surélevé à droite avec une ombre sus-hépatique paraissant se détacher de l'organe, nous font penser à une collection sous-diaphragmatique dont nous n'osons préciser l'origine en raison des constatations radioscopiques et des examens bactériologiques antérieurs qui éliminent toute idée de kyste hydatique; par ailleurs le foie paraissait également normal à la percussion et non douloureux à la pression. Furonculose généralisée dans le mois qui précéda l'apparition de l'affection actuelle. Pas de dysenterie antérieure accusée, mais diarrhée contractée en septembre 1923 au camp de Télergma qui dura seulement 48 heures.

En raison des signes pulmonaires qui contrastent avec le mauvais état général de l'intéressé, nous estimons ne pas devoir attendre et décidons une intervention d'urgence.

Intervention le 24 janvier 1925. Une résection de la 8e côte et une pleurotomie classique donne issue à une collection purulente d'ailleurs peu abondante (200 à 300 gr.). Le cul-de-sac diaphragmatique a disparu et nous trouvons le diaphragme tendu sur le plan même de notre résection costale. L'assèchement de la cavité pleu-

rale nous permet de constater après écartement costal la présence de trois pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle en verre situés au tiers postérieur du diaphragme et à travers lesquels sourd du pus. A la palpation nous repérons un abcès sous-jacent.

L'incision du diaphragme nous amène dans une cavité hépatique irrégulière allongée et étalée au-dessous du diaphragme auquel la face postérieure du foie adhère entièrement. Il s'écoule un pus chocolat, caractéristique contenant de nombreuses amibes.

Drainage. Amélioration rapide avec traitement émétinien et arsenical associé.

OBSERVATION 46

Abcès amibien du foie ouvert dans la plèvre droite et secondairement dans les bronches.

(Costantini. *Revue de Chirurgie*, 1926.)

Zeghonati Elie entre à l'hôpital parce qu'il souffre dans l'hypochondre droit. Né à Alger, âgé de 28 ans, maçon, il n'a jamais eu de maladie sauf une angine en 1917. Il nie tout accident spécifique. Rien n'est à signaler dans les antécédents familiaux.

Au mois de Décembre, l'année dernière, il a éprouvé des coliques; la douleur assez vive, mais ne nécessitant pas des injections de morphine, siégeait dans l'hypochondre droit, irradiait dans l'épaule et le bras du même côté. Un séjour à l'hôpital Parnet guérit ces douleurs, et permit à Zeghonati de reprendre son travail.

Cependant, certains jours, ses téguments devenaient jaunes, sans qu'il ressentit aucun trouble.

Il y a deux mois, apparaît une diarrhée assez abondante, contenant du sang mais ne provoquant point d'épreinte et de ténesme. Cette diarrhée est entrecoupée par des périodes de constipation. En même temps, les forces diminuent beaucoup. De fortes douleurs se font sentir dans la région lombaire. Les jambes enflent; les paupières se bouffissent. Les urines sont émises par débâcles claires.

Il y a une quinzaine de jours, Zeghonati commence à éprouver des tiraillements, puis des élancements dans

l'hémithorax droit. Il se fait hospitaliser le 15 décembre 1925, salle Broussais dans le service du Dr Benhamou.

On se trouve alors en présence d'un homme profondément asthénié, extrêmement pâle, ses paupières sont infiltrées, ses membres inférieurs et son abdomen œdématiés. Il éprouve des crampes dans les mollets, des sensations de doigts morts. Il ne vomit pas mais sa langue est sale. Il a une diarrhée abondante, verte et fétide. Son ventre est ballonné mais sans ascite ni circulation collatérale. La base thoracique droite est, en arrière, mâte, sans vibrations ni murmure vésiculaire. Le pouls est rapide entre 90 et 100. La température ne monte guère au-dessus de 37°5. Les urines abondantes et claires renferment 24 gr. d'albumine. La tension artérielle est de 15, la minima de 8, l'urée du sang atteint 0,77, le Wassermann est d'ailleurs négatif.

Le foie ne paraît pas gros, mais il est douloureux; à la radioscopie, le lobe gauche est volumineux, le diaphragme droit surélevé, fixé est surmonté d'une ombre de réaction pleurale. Une thoracentèse ramène un liquide blanchâtre.

Pendant les trois semaines que cet homme passe à la salle Broussais, la diarrhée persiste; quatre à sept selles sont émises quotidiennement, fétides, liquides et sanglantes sans aucune douleur. La température oscille entre 37 et 37°5. Un examen du sang indique 4.300.000 hématies et 36.000 globules blancs, 72 polynucélaires, 5 grands monos, 21 lymphos, 2 éosinophiles.

Le point douloureux thoracique est de plus en plus pénible. Le 25 décembre, une aiguille introduite à la base du thorax en arrière, ramène un liquide louche et rougeâtre, dans lequel l'examen microscopique permet de voir des polynucléaires, des cellules épithéliales et des fibres conjonctives profondément altérées, mais pas d'amibes. Deux jours après se produit une vomique, un demi crachoir d'une expectoration de teinte chocolat; cette vomique soulage beaucoup le patient de son point de côté.

Pendant ce temps, et malgré le traitement, la maladie évolue en s'aggravant, le taux de l'albumine s'élève à 35 gr. Après la vomique et en même temps que l'on commence un traitement par l'émétine, le taux de l'albumine redescend entre 7 et 15 gr. mais l'urée ne cesse de s'éle-

ver dans le sang: 1 gr. 22 le 27 décembre et le 1er janvier 1926, 2 grammes.

A l'écran on observe une vaste image hydroaérique au niveau de la base droite, la paroi supérieure de la cavité est comme bosselée, sous anesthésie locale, une incision de 10 centimètres de long est menée sur la 9e côte.

Après anesthésie périostique, le périoste est incisé et ruginé, puis on fait la costotomie.

Une ponction de la plèvre ramène un liquide chocolat où l'examen immédiat bactériologique indique la présence d'amibes.

Par une courte incision, on pénètre à l'intérieur de la cavité dont le plancher est formé par le diaphragme, le plafond par la face inférieure du poumon adhérente au diaphragme. Cette cavité communique avec une vaste cavité intra-hépatique par un orifice diaphragmatique large comme une petite paume de main. Une petite quantité de pus chocolat est aspirée électriquement. Suture sans drainage de la paroi. Dans l'après-midi, l'état général est très amélioré, le pouls est excellent, la langue humide, les douleurs ont disparu, cependant le malade succombe le lendemain matin.

L'autopsie n'a pas été possible.

OBSERVATION 47

Hépatite suppurée chronique. — Ouverture dans la plèvre droite. — Opération. — Mort.

(Thèse Deberque)

Vas..., Clément, soldat du 3e de marine, 23 ans, provenant de l'Indochine.

Il entre à l'hôpital Saint-Mandrier, avec cette mention sur son billet d'entrée; renvoyé de Cochinchine pour hépatite, a été atteint de pleurésie droite pendant la traversée.

Séjour en Cochinchine de juin 1883 à décembre 1886. A fait partie d'une colonne expéditionnaire envoyée au Cambodge. Il contracte la dysenterie en septembre 1886. Cette maladie nécessite son renvoi à Saïgon, où il est admis à l'hôpital. A la fin d'octobre de cette même année,

la dysenterie étant sur son déclin, Vas... commence à souffrir de l'épaule droite. Ces douleurs sont vives, lancinantes et font porter à l'hôpital de Saïgon le diagnostic d' « hépatite ».

Pendant les vingt premiers jours du voyage, le malade, dont la dysenterie paraît guérie, ne souffre que de l'épaule droite; il ne tousse pas. Vers le premier janvier, 12 jours avant l'arrivée à Toulon, il éprouve une vive douleur au mamelon droit accompagnée de toux, et le médecin diagnostique une pleurésie droite.

Inspection. — La pointe du cœur est déviée à gauche et en dehors au-dessous et au-delà du mamelon. Les espaces intercostaux sont à peu près effacés du côté droit. La mensuration donne un centimètre de plus pour l'hémithorax droit.

Matité complète remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate en arrière, en avant à 5 centimètres environ au-dessus du mamelon. Cette matité se prolonge sur la gauche, au delà du sternum. Au-dessous du rebord chondro-costal, la matité s'étend jusqu'à 7 centimètres environ sur la ligne axillaire.

Retentissement de la voix plus grand sous la clavicule droite que sous la gauche, absence de vibrations vocales au niveau de la matité. Transmission assez nette de la parole chuchottée en dedans de l'omoplate droite. Silence absolu dans les deux tiers inférieurs de la région mate; au tiers supérieur, en arrière, au contraire, existence de quelques râles humides sous-crépitants, assez mal caractérisés du reste. A gauche, sous le mamelon et en dehors, bruits du cœur énergiques et normaux.

Le sujet ne peut tenir le décubitus latéral droit, lequel réveille les douleurs indiquées ci-dessus. Quand il se couche sur le côté gauche, Vas... éprouve un sentiment de poids à droite et la toux redouble.

La scapulalgie persiste. Douleur au niveau du rebord des fausses côtes avec sensation de poids.

A la ponction on retire ainsi un litre de liquide couleur chocolat.

Aussitôt, sur le trocart comme guide, on incise successivement et largement la peau, les muscles intercostaux et on arrive ainsi dans la cavité purulente. Un flot de liquide chocolat sort avec force; mais aussitôt, un glou-

glou bien caractéristique et très énergique, ayant lieu à l'inspiration, indique que, contrairement aux prévisions, on est dans la cavité pleurale, au-dessus du diaphragme. La plèvre est évidemment remplie de pus provenant du foie. Un gros drain est placé.

Autopsie. — Cavité thoracique. La plèvre pariétale et la plèvre latérale sont épaissies à droite.

La cavité pleurale est remplie par un liquide franchement purulent, jaunâtre, quelque peu teinté en vert par la bile. Elle communique avec la cavité d'un abcès du foie. L'ouverture entre ces deux cavités est représentée par une perte de substance d'environ 2 cm. de diamètre. Sur tout le pourtour de l'ouverture, on trouve des adhérences très fortes et très intimes entre le foie, le diaphragme et la plèvre.

A sa partie supérieure, adhérences très fortes avec le diaphragme, la plèvre et le poumon. Autour de ces adhérences, couleur plus foncée du tissu hépatique. C'est à ce niveau qu'on trouve la cavité de l'abcès. Sa cavité est à peu près celle d'un œuf de poule. Les parois de la cavité sont déchiquetées et ne semblent pas présenter de membrane pyogénique.

OBSERVATION 48

Hépatite suppurée chronique. — Abcès du foie ouvert dans la plèvre et consécutivement dans le poumon. — Mort.

(Thèse Deberque)

Montel... Pierre, est envoyé à l'hôpital avec le diagnostic « pleurésie droite ».

Arrivé de l'Extrême-Orient où il a fait une campagne de 30 mois.

Sentiment de pesanteur dans le côté droit, en même temps qu'une douleur vague au niveau de l'épaule droite. On perçoit des signes non douteux de pleurésie droite. Voussure prononcée de la partie inférieure de l'hémithorax droit.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Foie énorme débordant largement les fausses côtes; absence d'adhérences péritonéales sur le bord tranchant et la face concave.

Ouverture de la cavité thoracique. — A l'ouverture de la plèvre droite, il s'écoule une grande quantité de pus chocolat (un litre et demi au moins). Cet épanchement a refoulé le poumon contre la paroi thoracique postérieure. Le poumon droit, considérablement réduit de volume, est adhérent à la paroi costale latérale dans toute sa hauteur et au diaphragme par les deux tiers postérieurs de sa base. Les adhérences diaphragmatiques sont anciennes et solides; les efforts pour séparer le poumon du diaphragme amènent la déchirure du tissu pulmonaire, qui est devenu friable à ce niveau. Adhérences sur la face convexe du foie. A la partie externe et postérieure du grand lobe du foie, on trouve un pertuis qui traverse le diaphragme et fait communiquer la cavité pleurale avec un abcès hépatique. Ce canal a des parois épaissies, de consistance presque cartilagineuse. La perte de substance a 3 centimètres de diamètre et admet facilement l'index.

A la hauteur de la perforation, la base du poumon droit présente une caverne anfractueuse, du volume d'une petite orange, autour de laquelle le tissu pulmonaire présente tous les caractères de l'hépatisation rouge. Les deux tiers supérieurs sont sains, mais la pression fait sourdre des bronches sectionnées une notable quantité de mucus purulent.

A l'ouverture du péricarde, il s'écoule une assez grande quantité de sérosité citrine. Le cœur est sain.

Le foie est manifestement augmenté de volume; il pèse 2.700 grammes et présente une coloration bleue-verdâtre. Il présente dans le lobe droit un abcès volumineux; la cavité admettrait sans peine une grosse orange; elle est assez régulièrement sphérique. La membrane pyogénique, blanchâtre, tomenteuse, présente une épaisseur qui atteint en certains points 12 millimètres.

OBSERVATION 49

Deux abcès dysentériques du foie: l'un s'ouvre dans le thorax, l'autre dans l'abdomen.

(Haspel)

C... Jean est en Afrique depuis 3 ans. Pendant ce séjour, il est entré à l'hôpital quatre fois pour se faire traiter de la diarrhée.

Lorsqu'il se présenta le 9 septembre, on diagnostiqua une hépatite.

Douleur vive dans la région gastro-hépatique, ainsi qu'à l'épigastre; le ventre était très ballonné et très douloureux; teinte ictérique prononcée ; toux fatigante et répétée ; oppression: la percussion à droite fait entendre un son mat dans presque toute l'étendue du thorax de ce côté.

Le 22 accroissement de tous les symptômes.

Le 25, la toux devient plus opiniâtre et s'accompagne d'une douleur très vive.

La pression développe une sensibilité excessive dans l'abdomen, les extrémités sont froides, et une grande quantité de sudamina recouvre tout le tronc et les membres thoraciques; le malade meurt le 24 octobre, à 6 heures du matin.

Autopsie. — Elle fait reconnaître les altérations suivantes:

Le poumon droit farci de tubercules est hépatisé; la cavité droite du thorax est remplie de pus. Des fausses membranes recouvrent les plèvres de ce côté, le poumon gauche fortement adhérent en arrière à la plèvre costale est également tuberculeux.

Le foie est très volumineux, son lobe droit est creusé dans une grande étendue par un vaste abcès qui s'ouvre en haut dans le diaphragme; un second abcès occupe *la face concave du foie, et s'est ouvert dans l'abdomen au-dessus du pylore. Le péritoine est recouvert de pus dans une grande étendue.*

Les autres organes, examinés avec le plus grand soin sont exempts de toute lésion.

OBSERVATION 50

Dysenterie. — Abcès amibien du foie. Epanchement du pus dans la plèvre droite.

(Haspel)

Le nommé B..., soldat au 2e régiments de chasseurs d'Afrique, entra à l'hôpital le 25 novembre. Il était arrivé à un degré très avancé de maigreur, et offrait cet aspect

cachectique particulier aux fièvres intermittentes: il accusait alors une diarrhée ancienne: plusieurs fois, nous dit-il j'ai été traité à l'hôpital pour les fièvres qui m'ont quitté seulement il y a un mois, mais depuis j'ai été presque constamment tourmenté par une diarrhée qui a résisté à la diète. Que je mange ou non, nous disait-il, c'est toujours la même chose ; mes selles sont aqueuses et ne contiennent pas de sang; je n'éprouve de douleur nulle part, mais une grande faiblesse qui me fait croire à la nécessité d'un régime fortifiant.

Je le soumis d'abord à un régime sévère et puis à l'emploi des narcotiques et des potions toniques de quinquina sans amélioration aucune. La diarrhée continua, la maigreur fit des progrès; j'interrogeais en vain tous les organes, je ne trouvais nulle part de lésions bien remarquables; je soupçonnai l'existence de larges ulcérations dans les intestins, mais là n'était pas la source unique de tous les symptômes; ce n'était qu'un faible coin du tableau pathologique; en palpant l'abdomen, je sentis le foie qui avait acquis un développement énorme. Instruit par les nombreux faits qui se présentaient tous les jours dans mon service, je conclus à l'existence d'une hépatite chronique. Des ventouses, puis un vésicatoire fut appliqué sur l'hypochondre droit; du calomel fut administré, mais en vain, les symptômes de résorption purulente ne tardèrent pas à se manifester. Des frissons vagues s'éveillèrent par intervalle; des bouffées de chaleur montèrent au visage, le pouls qui était petit s'accéléra, la respiration devint gênée; il y eut des secousses de toux très fatigantes et douloureuses, avec exacerbation manifeste vers le soir et un peu de délire; urines rouges, sédimenteuses: la maigreur fit dès lors de rapides progrès, et la mort arriva le 28 décembre.

Nécropsie. — Elle fut faite en mon absence et rédigée par M. Fremy, chirurgien sous-aide.

Thorax. — Le poumon gauche offre un état normal, seulement il a contracté par sa face antérieure, quelques adhérences avec la plèvre costale. Le cœur et son enveloppe sont en bon état ; *la cavité thoracique droite est occupée par une matière purulente. Le poumon de ce côté offre un très petit volume; il est collé contre la colonne vertébrale; sa texture n'a souffert aucune altération.*

Abdomen. — L'estomac est sain, la surface interne du gros intestin présente de larges ulcérations.

Le foie offre le double de son volume normal; sa couleur est d'un rose grisâtre; sa consistance un peu moindre qu'à l'ordinaire; il se déchire en faisant entendre un petit craquement; le lobe gauche s'étend jusqu'à la rate; le grand lobe par sa face convexe, refoule un peu le diaphragme et y adhère, à un pouce environ de l'insertion costale de ce muscle: la partie qui recouvre le rein droit y adhère solidement au moyen d'une plaque ovalaire de transformation cartilagineuse, se coupant comme de la corne; l'organe s'accole en outre au péritoine gastrique. Dans l'espace circonscrit par ces adhérences, se trouve l'ouverture béante d'un abcès qui se prolonge de droite à gauche dans l'épaisseur du foie, affectant une forme conoïde. Après douze ou quinze centimètres de trajet, il s'enfonce perpendiculairement pour retourner à peu près dans le même sens, sous le plancher que lui forme la fausse membrane qui le circonscrit, et vient s'ouvrir par une ouverture ovoïde, dans le diaphragme qu'il traverse en face des cinquième et sixième côtes.

La vésicule biliaire est pleine d'une bile fortement colorée en brun; le foie coupé de droite à gauche, laisse voir l'abcès étalé, qui présente une circonférence de deux fois la largeur de la main.

La substance hépatique est gorgée de sang, surtout autour de l'abcès. Le pus, probablement, ayant trouvé obstacle du côté des parois abdominales, rétrograda pour se créer une route oblique, du sommet de l'abcès au bord du diaphragme.

La rate a son volume ordinaire, sa consistance est plus molle, elle se réduit en bouillie très facilement.

OBSERVATION 51

Dysenterie. — Guérison. — Hépatite suppurée, rupture d'un abcès du foie dans la poitrine.

(Haspel)

Vers la fin octobre je reçus chez moi M. Kaltner, médecin-adjoint, qui venait de passer un congé de convalescence en France, pour une dyssenterie très grave con-

tractée à Lalla-Margnia. il n'avait jamais éprouvé de douleur continue du côté du foie, mais de temps à autre, à cette époque, il avait ressenti une douleur vive, passagère, fugitive, dans l'épaule droite, à laquelle il avait donné fort peu d'attention alors.

Le 10 décembre, il partit de Mascara pour se rendre à son poste à Saïda, il m'écrivit alors que la fatigue de la route avait déterminé un peu de dysenterie et quelques accès de fièvre qui cédèrent facilement. Mais bientôt il fut obligé de s'aliter de nouveau et voici ce que m'écrivit alors M. Fouquet, chirurgien sous-aide à Saïda.

Le 1er septembre M. Kaltner éprouva une douleur atroce dans l'épaule droite, le lendemain cette douleur avait quitté l'épaule pour se reporter avec la même intensité dans la région du foie. A dater de ce moment, la respiration devint très gênée. A ces symptômes se joignit une diarrhée bilieuse qui le mit dans un état de prostration extrême. Je fis appeler, dit-il, M. Capardon qui venait d'arriver à Saïda, pour une consultation, mais le moral de M. Kaltner était tellement affecté qu'il ne voulut se résoudre à entreprendre aucun traitement.

De jour en jour son état allait en empirant, les douleurs hépatiques ne lui laissaient aucun repos, la faiblesse devenait extrême et l'oppression considérable. Enfin, le 12 septembre, la douleur disparut tout à coup, mais la dyspnée devint plus forte. Le délire s'empara de lui et le 13, il expira à trois heures.

A l'autopsie, nous trouvâmes un vaste abcès dans le lobe droit du foie, le pus s'était frayé un passage, à travers une large ouverture du diaphragme, *dans la cavité de la plèvre. Les poumons étaient sains;* le droit était refoulé par le liquide vers le haut de la poitrine et avait un très petit volume.

OBSERVATION 52

Abcès considérable dans le bord supérieur du foie s'ouvrant dans la plèvre droite à travers le diaphragme.

(Haspel)

Gerando, 22 ans, entre le 7 janvier à l'hôpital. En Afrique depuis deux ans. Il se plaint d'une douleur ancienne, dans la région de l'estomac, douleur qui depuis quelque

temps est devenue tellement intense, surtout lorsqu'il marche, qu'il est souvent obligé de s'arrêter tout à coup pour respirer; il faisait remonter sa douleur à une chute qu'il fit sur la région épigastrique et hypochondrique droite : celle-ci sourde jusqu'alors, n'avait guère attiré son attention lorsqu'il y a très peu de temps, en portant une charge trop forte, il sentit tout à coup une douleur vive dans l'hypochondre droit ; dès ce moment elle prit de jour en jour plus d'intensité. Dans ces entrefaites il fut atteint deux fois de dysenterie qui cessa après quelques jours de traitement.

A son entrée à l'hôpital, il avait la diarrhée. Les conjonctives étaient légèrement jaunes. La pression développe de la douleur à l'épigastre; il n'a chaque jour qu'une ou deux selles liquides, jaunâtres; les urines sont jaunâtres; le pouls est fréquent, régulier; secousses de toux sèche et saccadée, douleur dans la région hypochondrique droite, augmentée par la toux, la pression et les mouvements. Cette douleur n'a pas un siège circonscrit elle se fait sentir également dans tout l'hypochondre droit, seulement elle paraît avoir plus d'intensité à l'épigastre et dans les reins. Cette douleur de l'hypochondre répond au cou, dans l'espace triangulaire qui est compris entre le trapèze et le sterno-mastoïdien. Le foie offre un grand développement, la percussion donne un son mat qui s'étend depuis un travers de doigt au-dessus du mamelon jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du rebord cartilagineux des côtes; il y a voussure à l'inspection de la région hypochondrique droite et la pression y constate facilement la présence du foie. Il semblerait même y avoir un peu d'infiltration sous la peau, à la partie postérieure.

Le 18, le pouls a pris du développement et une grande fréquence, le malade éprouve de la dysenterie et de l'anxiété, il a toussé toute la nuit. La pression développe encore de la douleur dans la région hypochondrique droite et à l'épigastre; ses crachats sont rouillés, les mouvements respiratoires accélérés, matité à la base du poumon. A la partie postérieure et moyenne surtout, on entend profondément un râle crépitant assez prononcé.

Nécropsie. — Abcès assez considérable dans le bord supérieur du foie s'ouvrant largement dans la plèvre

droite, à travers le diaphragme, par une ouverture d'un pouce au moins de diamètre. La base du poumon droit nage dans le pus, hépatisation grise des deux tiers inférieurs. Le poumon gauche n'offre rien d'anormal.

OBSERVATION 53

Abcès du foie ouvert dans la cavité de la plèvre droite et dans le poumon correspondant.

(Haspel)

Fièvre irrégulière. Embarras gastro-intestinal au mois de mars. Rentré, le 16 mai avec les mêmes symptômes, moins la fièvre; amélioration tout à coup, résultant de l'ouverture de l'abcès hépatique dans la cavité de la plèvre. Matité de la base de la poitrine à droite. Poumon droit crépitant. Le 29 juin ouverture de l'abcès dans le poumon droit; fièvre hectique et mort. Nécropsie. *Ouverture de l'abcès du foie dans la cavité de la plèvre et dans le poumon.*

Crétin, soldat au 12e léger, né dans le département de Saône-et-Loire, doué d'une bonne constitution, sert à titre de remplaçant depuis six ans; il n'est en Afrique que depuis huit mois. En France il n'a jamais été malade, et depuis qu'il habite l'Afrique, sa santé s'est maintenue bonne jusqu'à la fin du mois de mars; à cette époque le bataillon dont il faisait partie se trouvait campé dans les environs de Saïda et fut exposé à des pluies fréquentes. Crétin contracta alors une fièvre irrégulière, caractérisée par des frissons répétés dans le jour, suivis, vers le soir, de chaleur, de soif, de céphalgie frontale; en même temps la bouche devient pâteuse, l'appétit nul, une diarrhée légère alternait avec la constipation; après plusieurs jours passés dans cet état le fièvre persista, il n'y eut d'ailleurs, pendant toute la période de la maladie, ni douleur abdominale, ni ictère, ni toux. Le jour de son entrée, le 16 mai, il présentait les symptômes suivants: sclérotiques très légèrement colorées en jaune ; langue recouverte d'un enduit muqueux, blanchâtre; peu de soif; ventre indolent dans tous ses points; peau chaude et sèche; pouls d'une fréquence médiocre.

Le 20, une douleur très vive dans l'épaule droite fixe notre attention vers le foie, la percussion indique une augmentation de son volume; cependant, le malade n'accuse nulle douleur dans la région hypochondrique droite ; rien d'étonnant au reste de trouver une augmentation de volume de l'organe hépatique chez un homme qui habite l'Afrique depuis huit mois et qui a été tourmenté par des fièvres intermittentes.

Les jours suivants, la douleur de l'épaule diminue, et finit par disparaître; tout annonçait la convalescence, lorsque dans la nuit du 27 au 28, le malade est réveillé par une douleur vive siégeant sous les fausses côtes droites; à la visite du matin cette douleur persistait encore et s'étendait jusqu'au flanc du même côté, elle était tellement vive que le moindre mouvement provoquait des plaintes; la respiration était courte et accélérée, le pouls serré; fréquent et irrégulier.

La percussion et l'auscultation sont impossibles. On fait appliquer 30 sangsues sur l'hypochondre droit, et prendre dix pilules avec un décigramme de calomel dans chaque.

Le 29, la douleur de l'hypochondre droit est moins vive ; à la base du poumon correspondant, en arrière, près de la colonne vertébrale, on entend un râle crépitant, humide; plus en dehors sur le côté du thorax la respiration est nulle, et la percussion fournit une matité absolue.

Le 2 juin, la percussion à partir de la clavicule droite jusqu'au mamelon correspondant, fait entendre un son très clair. Dans la même région la respiration est amphorique. Dans les deux tiers inférieurs de la partie droite du thorax le son est complètement mat. La position assise ou le décubitus font du reste varier les rapports de la résonnance et de la matité. La succussion fait indistinctement entendre le flot d'un liquide contenu dans la plèvre.

Les jours suivants les symptômes restent les mêmes, la toux est peu fréquente, l'expectoration conserve les mêmes caractères négatifs; cependant la douleur du côté a beaucoup diminué, l'appétit se fait sentir, le pouls naturel le matin, prend un peu de fréquence dans la soirée.

Le 16 juin, tout à coup, pendant la nuit, oppression considérable, douleur dans toute l'étendue de la base du

poumon droit; expectoration abondante d'un mélange de pus et de sang; cette expectoration se continue une partie de la journée du 17, puis diminue et le 18 les crachats ne contiennent plus que fort peu de matière purulente.

Ces symptômes persistèrent avec des alternatives diverses, jusqu'aux derniers jours de juin; plusieurs fois pendant ce temps l'expectoration se reproduisit, abondante comme précédemment; cependant la respiration devint tout à fait nulle dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, le son resta clair dans la partie supérieure, mais à aucune époque on n'entendit de tintement métallique, fait qui s'expliquera d'ailleurs par la nature des lésions trouvées à l'autopsie.

A partir du 1er juillet, l'expectoration fut nulle, le marasme fit de rapides progrès, une infiltration séreuse s'empara des extrémités inférieures et envahit bientôt les parties supérieures; plus tard, une diarrhée colliquative, augmenta encore le dépérissement général et le 13 juillet, Crétin mourut sans agonie.

Nécropsie. — Adhérences nombreuses entre le diaphragme et le foie dont le volume est augmenté et qui dépasse de plusieurs centimètres les dernières fausses côtes. Ces adhérences, assez lâches à la circonférence du foie, deviennent tout à fait intimes au centre de la surface convexe; là, le diaphragme présente une ouverture qui conduit à une excavation arrondie demi-sphérique, creusée dans le tissu hépatique. Cette excavation dont le diamètre n'a que 20 à 25 millimètres d'étendue est tapissée d'une fausse membrane molle et faiblement unie au parenchyme de l'organe.

Dans l'intérieur, au centre même du lobe droit, on rencontre deux autres foyers plus considérables sans communication entre eux, formés d'un pus crémeux qui semble déposé au milieu du tissu restant avec lequel il se trouve en contact immédiat; les parois de ces foyers sont irrégulières, comme déchirées, et un peu ramollies dans l'étendue de quelques millimètres; partout le parenchyme présente une couleur rouge brun, sans ramollissement bien sensible ; il est friable et sa disposition grumeleuse est très apparente.

La vésicule biliaire est médiocrement distendue par un liquide brunâtre et poisseux.

Le poumon droit n'existe plus qu'à son sommet; dans ses trois quarts inférieurs, il est complètement détruit et les débris qui en proviennent nagent au milieu d'un liquide abondant, de couleur lie de vin, qui occupe toute la cavité pleurale. Le poumon gauche est sain, l'abdomen contient une certaine quantité de sérosité limpide; la rate a conservé son volume ordinaire et sa consistance normale. La fin du gros intestin a une teinte bleuâtre, mais on n'y découvre aucune trace d'ulcération.

Les autres organes ne présentent aucune lésion qui mérite d'être indiquée.

OBSERVATION 54

Hépatite chronique suivie de la formation d'un abcès, ouverture de celui-ci dans la cavité pleurale droite.

(Rouis)

B..., douanier, entre à l'hôpital d'Oran le 19 novembre 1855; il réside en Algérie depuis six années. La maladie qu'il accuse date de deux mois; elle a débuté par un flux de dysenterie atonique, lequel, au bout de trente jours et sans l'emploi d'aucun moyen curatif, s'est suspendu pour faire place à une fièvre rémittente irrégulière, accompagnée d'une douleur siégeant vers les derniers espaces intercostaux du flanc droit.

Au moment de son arrivée à l'hôpital, B... offre déjà les traces d'un épuisement notable. La douleur est assez vive; parfois elle se change en élancement; parfois aussi elle retentit dans l'épaule voisine. La matité du lobe droit du foie est extraordinairement prononcée, et remonte jusqu'au bord inférieur de la 4e côte.

Vers le 20 décembre, les douleurs commencent à s'atténuer par intervalles. En revanche, l'hypochondre, où s'est concentré le mal, a acquis une voussure démesurée; le lobe correspondant du foie descend à 3 centimètres plus bas que le thorax, tandis que sa matité remonte en avant jusqu'à la quatrième côte; à son tour, la percussion opérée à l'aide d'une main sur la moitié postérieure des fausses côtes droites, pendant que l'autre main est appliquée sur

l'épigastre, développe dans cette régon des chocs semblables à ceux d'une masse fluide profondément située. Bientôt, l'épuisement, qui n'avait encore marché qu'avec lenteur, s'accroît avec rapidité ; la distension de l'hypochondre devient énorme; et le malade, miné par une fièvre hectique, meurt le 7 janvier.

Autopsie. — La cavité pleurale droite est le siège d'un épanchement considérable de pus et de sérosité. Le poumon qu'elle renferme est en partie refoulé sur lui-même. Injectée, épaissie, opaque, la plèvre est partout recouverte d'une couche pseudo-membraneuse.

La moitié droite de la voûte du diaphragme est soulevée jusqu'au niveau antérieur de la quatrième côte. A sa partie supérieure existe une fissure susceptible de laisser passer une plume d'oie. Cette fissure met la cavité pleurale voisine en communication avec un vaste abcès.

Cet abcès possède une configuration spéroïdale. Son étendue est de 15 centimètres en tout sens; il renfermait 1800 grammes d'un pus blanc, mêlé de flocons albumineux. Les couches qu'il a soulevées ont conservé 1 centimètre d'épaisseur au niveau de sa portion moyenne; mais au-dessus de ce point, elles vont s'amincissant de telle sorte qu'autour de la fissure elles sont réduites aux seules enveloppes du viscère.

OBSERVATION 55

Hépatite chronique suivie de suppuration, abcès du foie ouvert dans la plèvre droite.

(Rouis)

P..., ouvrier, 27 ans, entre à l'hôpital d'Oran le 8 février 1855. Il compte sept années de séjour en Algérie, cinq, qu'il a toutes passées dans la garnison de Tlemcen. L'affection dont il est atteint, date du milieu de novembre dernier. Elle a commencé par une dysenterie qui, d'abord subaïgue, a revêtu peu à peu une forme chronique. En même temps que cette modification s'opérait, une douleur pongitive a pris naissance dans le flanc droit, vers le sixième espace intercostal; l'épaule voisine a été envahie par une sensation de gêne, fièvre irrégulière.

Tout à coup violente douleur dans l'hypochondre droit et le malade rentre le 8 février.

Faciès grippé, voix anxieuse. Pouls à 100, petit, dur. La respiration, courte, inégale, se réitère quarante à cinquante fois par minute, et n'est possible qu'autant que le malade a le dos fortement relevé. Chaque jour, quatre ou cinq selles séro-bilieuses indolores. Au niveau de l'extrémité droite du foie existent des élancements pongitifs. Une absence complète de bruit respiratoire, avec absence également de vibrations quand le malade parle, se remarque sur toute l'étendue qu'occupe le poumon correspondant.

Le 9, au soir, exaspération des douleurs, orthopnée absolue, sentiment d'angoisse. Le lendemain, pouls à 140, dur, ondulant; adynamie extrême. Mort à deux heures de l'après-midi.

Autopsie. — Le foie pèse 1600 grammes. Ses lobules sont diminués de volume; en revanche, son élément cellulo-vasculaire interstitiel s'est changé partout en cloisons compactes, fortes de 1 millimètre. Réunie au diaphragme par d'étroites adhérences, son extrémité droite est creusée d'un abcès qui, en dehors, débouche sur presque toute l'étendue de ses diamètres contre le muscle dont il s'agit. Cet abcès de configuration sphéroïdale, pourrait loger les trois quarts d'une orange; il renferme un pus jaunâtre. Du côté du viscère, sa cavité est circonscrite par une coque fibro-cartilagineuse, autour de laquelle le tissu glandulaire a pris dans l'espace d'un travers de doigt une teinte brun marron et une plus grande consistance.

Au-dessus de lui, l'aponévrose phrénique présente une perforation large de 1 centimètre et assez exactement arrondie; cette perforation le fait communiquer avec la cavité pleurale droite.

Celle-ci renferme deux litres d'un liquide composé de sérosité, de pus blanc et de pus couleur chocolat. En outre, elle est entourée d'une épaisse pseudo-membrane blanche, sous laquelle la plèvre, privée de sa transparence, porte la trace d'une injection rougeâtre. A l'intérieur de la même cavité, le poumon, sain d'ailleurs, a été refoulé contre la cloison médiastine en un écusson grand comme la main; de plus, il est emprisonné étroitement dans une expansion sacciforme que lui fournit la pseudo-membrane.

OBSERVATION 56

Abcès amibien du foie rompu dans la plèvre droite.

(Foiret)

Moreau (Pierre), 25 ans, soldat d'infanterie de marine, arrivé en Cochinchine depuis trente mois. Entre à l'hôpital le 8 juillet 1865, atteint d'anémie avec engorgement du foie et de la rate. Douleur aiguë, débute soudainement sur la ligne du mamelon et gêne beaucoup la respiration. La matité antérieure de l'hypochondre est toujours considérable, mais il s'y joint une matité postérieure du thorax fort étendue, avec diminution des vibrations thoraciques. Vers l'angle inférieur de l'omoplate, on entend un souffle marqué et de l'égophonie. Les accès de fièvre se multiplient, et le 25, la dyspnée s'est accrue au point de rendre insupportable la position horizontale. La matité en arrière occupe presque toute la hauteur du poumon droit. On y entend du souffle et de la broncho-égophonie. Une douleur sourde au-dessous du mamelon et à l'épaule droite. Enfin, la dysenterie vient mettre le comble aux dangers de la situation. Elle augmente constamment, ainsi que l'oppression. C'est en vain que le 31 août on évacue un litre de sérosité purulente au moyen d'une ponction pratiquée entre la sixième et la septième côte. Mort.

Autopsie. — Intégrité du péricarde et du cœur, de la plèvre et du poumon gauche. Le poumon droit réduit à l'épaisseur de quelques centimètres, est repoussé en haut, en arrière et en dedans. La cavité pleurale droite presque entière est occupée par une collection de pus séreux, louche, tenant des grumeaux en suspension. Les parois de la poche sont tapissées de dépôts fibrineux épais et stratifiés. En bas et en arrière on découvre une perforation du diaphragme, d'environ trois centimètres de diamètre, à bords déchiquetés et noirâtres: c'est cette ouverture qui mène à l'abcès primitif logé dans le foie. Cette glande est augmentée de volume; elle adhère au pourtour de la perforation. Son parenchyme est normal, sauf au bord postérieur de la face convexe du grand lobe. Là se trouve une cavité remplie de pus grumeleux, et doublée d'une membrane granuleuse, épaisse; cavité pouvant admettre le poing d'un enfant de douze ans.

OBSERVATION 57

Abcès du foie déversé dans la plèvre.

(Foiret)

T... Isidore, 23 ans, soldat d'infanterie de marine, est arrivé en Cochinchine depuis sept mois, des accès algides se manifestent, et on constate à la suite que la matité du foie monte jusqu'à 2 centimètres au-dessous du mamelon, et déborde en bas les fausses côtes. La fièvre est devenue hectique. Il y a une voussure prononcée du côté droit, un point douloureux près du mamelon, entre la cinquième et la sixième côte, mais pas d'empâtement limité. On se décide à appliquer de la potasse caustique pour faciliter la sortie du pus qu'on suppose encore enfermé dans le foie. Mais le 8, délire et mort.

Autopsie

En ouvrant la poitrine, on laisse écouler au moins un litre et demi de sérosité purulente mélangée de grumeaux. Ce liquide est contenu entièrement dans la plèvre droite aux dépens de laquelle s'est formée une vaste poche, tapissée intérieurement par une membrane adventice et résistante. La poche communique largement en bas avec un énorme abcès du foie; car le diaphragme offre deux ouvertures à bords frangés revêtus par la même membrane qui double sa face supérieure, et ces ouvertures sont assez larges pour admettre deux doigts. Le poumon droit, réduit à l'épaisseur de la main, est refoulé en haut et en dedans, sans que son tissu soit altéré. Le volume du foie est considérable. Sa face supérieure adhère fortement à la face inférieure du diaphragme. En détruisant ces adhérences, on tombe sur un abcès creusé à la partie postérieure de la convexité du grand lobe ; abcès mesurant 0 m. 12 à peu près en tous sens. Le pus en est phlegmoneux, inodore, avec des grumeaux en suspension. Les parois sont recouvertes par une membrane pyogénique parfaitement organisée et résistante.

OBSERVATION 58

Abcès du foie rompu dans la cavité pleurale droite.

(Petridis. *Hépatites dysentériques.*)

I. A., de Chypre, âgé de 27 ans, est entré à l'hôpital grec le 11 octobre 1867. Il se disait malade depuis 4 jours seulement et présentait les phénomènes d'un état gastrique avec une bronchite. Constipation et fièvre. Foie augmenté de volume et vers le soir, une douleur se développa à la région hépatique. Les jours suivants: dyspnée très forte, état comateux, souffle tubaire et amphorique du poumon droit, crachats visqueux jaune-orange, *matité de la poitrine du côté* droit arrivant jusqu'à la clavicule et mort le 29 octobre, par le progrès de ces phénomènes. Autopsie: grande quantité de sérosité purulente dans la plèvre droite. Grand abcès du lobe droit du foie à sa partie supérieure. Fortes adhérences avec le diaphragme de ce côté. Perforation de 3 centimètres sur le diaphragme faisant communiquer l'abcès du foie avec la cavité pleurale droite.

OBSERVATION 59

Abcès de la face convexe du lobe droit du foie, rompu dans la cavité pleurale du même nom.

(Petridis. *Hépatites dysentériques.*)

Domenico Pits..., vu le 16 novembre 1921. N'a jamais été malade. Réside en Egypte. Il n'a jamais eu ni dysenterie ni hépatite; du moins, il les nie catégoriquement. Dix jours avant son entrée, fièvre élevée, excitation nerveuse, courbature. L'impression est qu'il s'agit d'une maladie infectieuse aiguë grave. Diagnostic probable: fièvre typhoïde.

Dans l'espace de 42 jours qui se sont écoulés depuis son entrée jusqu'au jour de l'opération, la maladie a présenté trois phases:

Première phase. — Pendant les trois premières semaines, le tableau clinique du malade est celui d'une maladie infectieuse aiguë, très probablement d'une fièvre typhoïde. La réaction de Widal est négative. L'examen du sang

décèle 20.000 globules blancs. La température oscille en moyenne entre 37°5-39°, mais elle descend parfois jusqu'à 36°5 pour remonter jusqu'à 38°5. Tantôt constipation légère de un ou de deux jours, tantôt diarrhée, de deux, trois ou parfois cinq selles. Il faut ajouter qu'elle ne présente rien de suspect au point de vus dysentérique. La région du foie n'attire pas tout spécialement l'attention. Cependant le foie présente une augmentation de volume, il proémine un peu au-dessous du rebord costal droit, mais pas plus de deux travers de doigt. Tout de même on fait trois injections d'émétine Welcome de 0 gr. 03 chacune, une par jour, les 17 , 18 et 19 octobre. Acune amélioration à la suite du traitement émétinien.

Deuxième phase. — Dans cette phase de la maladie, qui s'étend du milieu du mois d'octobre jusqu'à la fin, le foie est douloureux spontanément, mais surtout à la pression, avec une augmentation de volume. Examen du sang pour fièvre de Malte, négatif. Examen du sang pour leucocytose décèle 19.000. Dans les urines, on décèle de l'urobiline. Dans les derniers jours du mois, de la matité apparaît à la base de l'hémithorax droit. La température de cette deuxième phase oscille entre 36°5 le matin et 38°5 à 39° le soir en moyenne.
Les respirations également sont moyennement rapides.

Troisième phase. — La troisième phase qui est la plus importante s'étend du 31 octobre au 3 novembre. Cette phase commence du moment où le malade, soudainement et sans raison apparente, fut atteint d'une douleur intense dans l'hémithorax droit, d'anxiété, de dyspnée et de courbature. Les phénomènes se sont passés comme suit: vers 7 heures du soir, le 31 octobre, le malade se plaint d'une douleur subite et sans raison apparente, intense, qui siège à l'hémithorax droit et plus spécialement dans la région hépatique, dans le prolongement de la ligne axillaire moyenne. La douleur devient d'heure en heure plus intense, pour atteindre son maximum dans la matinée du lendemain. Alors le malade étant examiné couché, on constate de la matité qui, en arrière, arrive jusqu'au milieu de l'omoplate droite. En avant, aucune matité. Vers le soir, c'est-à-dire 24 heures après le début, les phénomènes bruyants et la matité augmentent; celle-ci remonte en arrière jusqu'à l'acromion, et latéralement jus-

qu'à la ligne tangente de la paroi antérieure et postérieure de l'aisselle droite. En avant, l'hémithorax droit n'est pas encore pris. Le soir même, c'est-à-dire 24 heures après le début des accidents, je ponctionne au lieu d'élection et j'enlève à la seringue quelques centimètres cubes de liquide séro-purulent couleur kaki. Nous nous trouvons sans doute devant une collection purulente de la cavité pleurale droite, collection qui s'est formée rapidement en quelques heures.

Notre impression est que cette collection s'est formée à la suite de la rupture d'une collection purulente, primitive sous-jacente, sans pouvoir cependant localiser exactement le siège de cette collection. Etait-ce une collection sous-diaphragmatique enkystée? Nous ne pouvons pas nous prononcer avec certitude à ce sujet. Seule l'opération pourra élucider la question. Le lendemain, 2 novembre, la matité augmente encore et elle occupe même la paroi antérieure de l'hémithorax droit, qui présente au complet le complexus symptômatique de la pleurésie, c'est-à-dire matité, disparition des vibrations vocales, pectoriloquie aphone, etc... La région du foie persiste à être douloureuse. L'état général, grave déjà, s'est aggravé encore plus après la dernière complication. Le lendemain, 3 novembre, le malade et sa famille cédant à nos instances m'autorisent à procéder à l'opération qui est pratiquée dans la matinée 65 heures après le début des accidents. Etat actuel du malade avant l'opération: facies très abattu, exprimant une grande angoisse. Muqueuses anémiées. Langue légèrement saburrale. Cœur: limites normales, tons clairs. Pouls: rapide, mais plein et régulier. Poumons, hémithorax gauche: limites et respirations normales. Hémithorax droit: de la matité partout, diminution du murmure vésiculaire et souffle tubaire. Par ponction que j'ai faite il y a deux jours j'ai retiré du pus. La région hépatique ainsi que la paroi abdominale, sous le rebord costal droit et parallèlement à celui-ci, à une largeur de quelques travers de doigt, sont douloureuses. Il est à noter que le malade se plaint depuis 15 à 20 jours de douleurs localisées à la région hépatique. Nous avons également noté plus haut que durant son séjour dans le service de médecine le malade, jusqu'il y a quelques jours avant son entrée dans notre service, présentait de la matité augmen-

tée seulement de la région hépatique, mais subitement et sans raison apparente, il est pris de douleurs excessivement intenses et présente de la matité de l'hémithorax entier, comme si quelque chose avait fait irruption dans la cavité pleurale droite qu'il a occupée.

Opération le 2 novembre 1921, à l'anesthésie locale. Résection typique de la neuvième côte. La séreuse pleurale pariétale est très épaisse. A l'ouverture de la cavité pleurale, il s'écoule du pus jaune kaki, plutôt fluide qu'épais, d'une quantité de 2 à 3 litres environ. En même temps, expulsion d'exsudats épais membraneux qui tapissaient les parois de la cavité pleurale et le poumon ratatiné. A l'inspection nous trouvons le poumon droit contracté, ratatiné et accolé à la colonne vertébrale. Le diaphragme proémine en haut sous forme de dôme, de hauteur inusitée. Il donne l'impression d'être repoussé en haut par le foie sous-jacent. Nous examinons attentivement s'il n'y a pas quelque part de pertuis faisant communiquer la cavité pleurale avec le foie sous-jacent; nous n'en trouvons pas. Drainage de la cavité. Suites opératoires: le soir même de l'opération, le malade ne présente pas de shock opératoire, mais l'état général grave persiste de même. Température: 38°2; pulsations: 78; respiration: 34. Le lendemain 4 novembre: même état général. Faciès abattu et exprimant de l'anxiété. Langue comme avant l'opération, légèrement sèche. Ventre souple et indolore. La douleur à la région hépatique a diminué. Il s'est écoulé suffisamment de liquide par la plaie. Température: 38°-38°9; pulsations: 125-120; respiration: 30-35; urines: 200 centimètres cubes. 5 novembre: l'état général a empiré. Facies plus abattu et plus anxieux. Pouls plus dépressible, 125-130. Son subdélirium devient plus intense. Discordance entre pouls et température: 37°2-37°3; respiration: 34-35; urines: 300 centimètres cubes. 6 novembre: amélioration tant dans l'état général que local. Facies meilleur, sensation d'un bien-être relatif. Pour la première fois, écoulement abondant de la plaie (cavité pleurale). Température: 37°8-38°6; pulsations: 120-135; respiration: 25-32; urines: 300 centimètres cubes. 7 novembre: aggravation. Température: 36°5-37°5; pulsations: 105-120; respiration: 30-28; urines: 50 centimètres cubes. 8 novembre: aggravation nette. Facies pâle, très abattu.

Langue sèche. Pouls faible 120-140. Discordance de pouls et de la température: 37°-37°5; respiration: 30. Diarrhée septique. 9 novembre: status idem et sécrétion abondante séro-purulente de la cavité pleurale droite. Température: 37°2-37°1; pulsations: 135-140; respiration: 32-34; urines: 50 centimètres cubes. Diarrhée septique continue. 10 novembre: état désespéré. Température: 36°8-37°8; pulsations: 140-120; respiration: 34-35. 11 novembre: mort à 4 heures du matin.

Autopsie. — Le foie n'a pas augmenté de volume, il est d'aspect normal. Sa face convexe offre des adhérences très fortes avec le diaphragme sus-jacent. En examinant par la cavité pleurale droite et en avançant vers le diaphragme, nous trouvons une brèche irrégulière de la grosseur l'un œuf de poule, siégeant sur le dome diaphragmatique. Cette brèche nous fait communiquer avec une cavité sous-jacente de la face convexe du lobe droit du foie. Cette cavité de 8 à 10 centimètres de profondeur, est remplie de pus jaunâtre et malodorant. Diagnostic: abcès de la face convexe du lobe droit du foie rompu dans la cavité pleurale de même nom.

OBSERVATION 60

Abcès du foie communiquant avec la plèvre.

(PETRIDIS. *Hépatites dysentériques.*)

J. S., boulanger, âgé de 40 ans, était entré à l'hôpital grec le 21 septembre 1867, pour fièvre à type intermittent, qui cède au sulfate de quinine: sortit guéri le 30 septembre. Il entre de nouveau le 24 novembre, et nous fait savoir qu'il y a un mois, il a eu un frisson et une douleur à la région hépatique et à l'épaule droite et des attaques de diarrhée sanguinolente. Aujourd'hui: diarrhée abondante, frissons irréguliers, anasarque et un peu d'ascite. Dyspnée très forte et orthopnée; matité complète du thorax à droite, égophonie et souffle tubaire, pouls très faible, foie augmenté de volume et mort le jour suivant.

Autopsie. — Côté droit de la poitrine plus développé que le gauche. Grande quantité de sérum purulent s'écoulant à l'ouverture de la poitrine. Dépôt de flocons pseudo-

membraneux sur la plèvre. Ouverture de 12 millimètres, à bords réguliers, du diaphragme, faisant communiquer un vaste abcès du foie avec la plèvre. Foie augmenté de volume et décoloré. Grand abcès sur le côté droit et supérieur du foie, dont la paroi supérieure est formée en grande partie par le diaphragme. Paroi de cet abcès lardacée d'un centimètre d'épaisseur. Longueur du foie : 30 centimètres; hauteur: 20 centimètres à droite, 15 à gauche.

OBSERVATION 61

Abcès du foie.
Ouverture dans le poumon droit et dans la cavité pleurale.

(*Marseille Médical,* 1881.)

Charmal J..., 44 ans, cultivateur, entré à l'hôpital dans le milieu de décembre. Les symptômes qu'il présente et les renseignements qu'il nous donne sur les débuts et la marche de sa maladie sont loin de jeter une vive lumière sur le diagnostic, qui au contraire, nous paraît fort obscur. Cet homme prétend n'avoir auparavant jamais quitté la Provence où il est né.

Vers le milieu d'octobre dernier, il a été, dit-il atteint d'une courbature avec malaise général, perte d'appétit, digestions difficiles, un peu de fièvre, mais pas de vomissements, pas d'ictère. Depuis, sa santé s'est altérée de plus en plus profondément. De temps en temps il ressentait des accès de fièvre, qui persistaient quelques jours et devenaient plus intense le soir. Cette flèvre était précédée de frissons et suivie quelques fois d'une diaphorèse abondante.

Le 1er janvier, lors de notre premier examen, nous sommes frappés par l'état profondément cachectique de ce malade. Son teint est pâle blafard, les muqueuses sont décolorées, les forces languissantes, l'appétit est nul, il ne prend guère que du lait, qu'il digère avec peine; il passe par des alternatives de constipation et de diarrhée; mais depuis 15 jours il est tourmenté par une diarrhée qui résiste au traitement institué et qui paraît prendre des proportions inquiétantes, il tousse légèrement, éprouve un peu de dyspnée et une douleur peu vive dans l'hypo-

chondre droit. Cependant la percussion et l'auscultation des poumons ne révèlent rien qui puisse expliquer cet état de chose. La palpation et la percussion du foie ne donnent pas de résultat appréciable. Les battements du cœur sont normaux.

Le 15 janvier, le malade est encore plus épuisé. Il est beaucoup préoccupé par l'état de ses jambes qui sont enflées. Cet œdème remonte peu à peu et finit par gagner les régions les plus élevées, les membres supérieurs et la face elle-même. L'examen d'urines, plusieurs fois renouvelé ne nous indique rien d'anormal. Tout à coup le 20 janvier, à la visite du matin, le malade appelle notre attention sur l'abondance extrême des crachats. Il évacue en effet devant nous une quantité énorme d'un liquide, qui présente tous les caractères d'un pus de mauvaise nature, mêlé de sang. L'odeur de ce liquide est fétide ammoniacale, coloration lie de vin. En même temps aggravation de tous les symptômes concomitants; le malade est pris d'une toux violente, la dyspnée est intense, seule la position assise dans son lit lui est possible. Nous trouvons un peu de matité et quelques râles sous-crépitants à la base du poumon droit. Le murmure vésiculaire est affaibli dans toute la hauteur du poumon, le poumon gauche suppléant au mauvais fonctionnement du poumon droit présente une respiration rude et bruyante. En présence de la quantité considérable de pus rendue subitement dans l'espace de quelques heures, le Dr Roux pense à une vomique et soupçonne l'existence d'un abcès du foie qui se serait ouvert dans les bronches.

Le lendemain l'état du malade est de la dernière gravité. Nous le trouvons assis dans son lit s'appuyant sur le côté droit, la tête penchée du même côté. Il articule quelques mots avec la plus grande difficulté tant la dyspnée est extrême. Pouls à 120, la matité s'étend jusqu'à la partie moyenne du poumon droit, le murmure vésiculaire a complètement disparu ainsi que les vibrations thoraciques. Une pleurésie aiguë vient ainsi compliquer la situation et hâter la fin de ce malheureux qui succombe trois jours après.

Autopsie. — Nous trouvons ou niveau de la face convexe du lobe droit du foie, à sa partie moyenne, une collection purulente unique du volume d'une grosse

orange. Le tissu hépatique qui forme les parois de cet abcès est ramolli, se détache facilement, il présente de légères anfractuosités. La poche purulente est remplie d'un liquide abondant, rougeâtre à odeur fétide, toute la face convexe du foie est adhérente à la face inférieure du diaphragme qui est détruit au niveau de la base du poumon droit adhérente également. Deux orifices de 2 cm. chacun environ séparés par une bride font communiquer la base du poumon et l'abcès du foie. Une injection poussée dans la bronche droite amène instantanément du liquide dans la poche hépatique.

Quelques néo-membranes relient la plèvre viscérale à la pariétale. A la base se trouve du pus qui provient de l'abcès du foie. Nous trouvons en effet un petit orifice qui fait communiquer les deux cavités.

OBSERVATION 62

Dysenterie. — Abcès multiples du foie l'un s'ouvre dans le médiastin postérieur et la plèvre droite.

(Thèse Bellot, 1886.)

Mathéron François, 28 ans, n'a jamais quitté le port de Toulon, prend peu d'alcool, n'a jamais eu la syphilis. Malade pour la première fois en août 1882, d'une dysenterie contractée à Toulon, il présente en même temps une forte congestion du foie. Le bord inféreur de l'organe dépasse de trois travers de doigts le rebord des fausses côtes. Le décubitus sur le côté droit est impossible.

Sensation de pesanteur et de constriction dans l'hypochondre droit, amenant de la gène respiratoire. Rien à l'auscultation du poumon. Teinte subictérique générale.

La dysenterie est traitée par le régime et l'extrait de ratanhia, la congestion du foie par les badigeonnages iodés et les vésicatoires, et le premier septembre, le malade n'ayant plus que deux selles molles par 24 heures, et le foie étant presque revenu normal, reprend son service.

Deuxième entrée, le 21 novembre 1882, pour hépatite. Le foie est augmenté de volume, douleur vive à la région hépatique et à l'épaule droite, teinte subictérique générale. Traité par l'eau de Vichy à la dose de deux verres

par jour, et par les badigeonnages iodés loco dolenti, le malade sort amélioré le 2 décembre.

Nouvelle entrée le 28 décembre, pour pleurésie purulente. Le malade est très amaigri et affaibli, teinte jaune paille des téguments, décoloration des muqueuses, température à 36°5. Voussure et œdème de la partie thoracique droite dans ses deux tiers inférieurs, les espaces intercostaux sont sensiblement agrandis. La pression à ce niveau est douloureuse. Suppression à peu près absolue des vibrations vocales, silence complet et matité murale avec perte d'élasticité sous le doigt, dans toute la partie inférieure de l'hémithorax droit, à partir de l'angle de l'omoplate. Au-dessus, léger souffle très doux, la respiration est entrecoupée et un peu puérile, tympanisme léger. Du côté gauche, respiration vicariante.

Insomnie, transpiration abondante localisée à la tête, toux fréquente et pénible provoquant une douleur aiguë au creux épigastrique.

Crachats épais, jaunâtres.

Anorexie, langue saburrale, diarrhée assez abondante: quatre ou cinq selles liquides par 24 heures.

Le foie est examiné, et l'on ne lui trouve pas d'augmentation de volume.

A partir de son entrée à l'hôpital, le malade s'affaiblit de jour en jour, le pouls devient de plus en plus filant, la respiration est anxieuse et peu profonde, la température oscille le matin entre 37° et 37°6, et le soir entre 37°8 et 38°2.

Les sueurs et la diarrhée persistent. Insomnie. Toux fréquente, avec expectoration abondante de crachats jaunes rougeâtres.

Le traitement consiste en toniques.

Le malade meurt le 11 janvier sans qu'aucun symptôme ait attiré l'attention du côté du foie.

L'autopsie est pratiquée. A l'ouverture de la cavité abdominale, on constate que les côtes du côté droit sont fortement soulevées de bas en haut. La masse intestinale est baignée dans un litre environ de liquide rougeâtre non purulent. Le calibre du gros et du petit intestin est diminué de moitié. La surface interne du rectum est très injectée, mais il n'existe pas d'ulcérations.

Le foie est aussi considérablement augmenté de volume, il s'avance jusque dans l'hypochondre gauche. Sa couleur est jaunâtre. Des adhérences très solides unissent sa face convexe à la face inférieure du diaphragme. Une traction énergique ayant détruit une partie de ces adhérences, il s'écoule une certaine quantité de pus jaune brun.

On interrompt aussitôt les tractions, et l'on pratique l'ouverture de la cavité thoracique. Le péricarde se montre sain. Le poumon droit est uni à la plèvre du même côté et celle-ci au bord droit du sternum par des fausses membranes très épaissies et qui offrent un aspect lardacé. Lorsqu'on incise ces fausses membranes, il s'écoule des flots de pus de couleur café au lait. La cavité pleurale droite est remplie d'un pus jaune brun peu consistant et que l'on peut évaluer à deux litres.

Le lobe supérieur du poumon est refoulé dans la gouttière vertébrale et maintenu en position par de fausses membranes. Il n'y a pas de communication entre la cavité pleurale et le poumon.

Le lobe inférieur, séparé du lobe moyen, adhère au diaphragme et au tiers inférieur de la paroi costale externe depuis le 5^{e} espace intercostal.

Entre le lobe inférieur et le lobe moyen, largement écartés l'un de l'autre, il existe un trajet qui passant derrière le pédicule qui réunit le lobe inférieur au hile du poumon, pénètre dans le médiastin postérieur.

Le foie et le poumon droit étant enlevés simultanément, on constate que le médiastin postérieur communique largement avec une anfractuosité du volume du poing, creusée dans le foie, grâce à une ouverture inégalement circulaire d'un diamètre de cinq centimètres environ, taillée aux dépens du diaphragme. Le foyer hépatique est rempli d'un pus jaune brun, à odeur fade, mais non gangréneuse. Le poumon ne surnage pas, il est induré. Le diaphragme est très épaissi et comme lardacé. Le foie a subi en partie la dégénérescence graisseuse, on trouve, dans son épaisseur, quelques petits abcès du volume d'une noisette. Il pèse 1890 grammes.

Le poumon gauche ne présente ni trace de tuberculose, ni aucune altération. Le péricarde renferme un peu plus de liquide qu'à l'état normal.

Le cœur est petit. Il renferme dans le ventricule gauche un caillot fibrineux très volumineux, prolongé dans l'aorte mais ne lui adhérent pas. Poids de l'organe dépouillé des caillots, 250 grammes.

Le rein pèse 200 grammes et ne présente pas d'altérations macroscopiques. Rate normale.

OBSERVATION 63

Abcès de la face supérieure du foie, du lobe droit, ouvert dans la plèvre. — Pleurotomie. — Mort.

(Lonson et Arnaud. *Rev. de méd.*, nov. 1892.)

L..., cavalier aux chasseurs d'Afrique, malade pour la première fois, n'a jamais eu ni dysenterie, ni paludisme, ni typhoïde.

26 septembre 1891. — Il est envoyé à l'hôpital présentant une fatigue générale, anorexie, insomnie. Douleur à l'épaule droite. Langue blanche, ventre souple; pas de diarrhée; pouls à 84; 39° environ.

26 octobre. — Fièvre, râles sibilants et soufle à la base du poumon droit. Crachats sanguinolents.

29 octobre. — Progrès de la matité et de la condensation du poumon droit.

9 novembre. — On admet un épanchement pleurétique remontant jusque vers l'angle de l'omoplate. Ventre souple. Cinq selles liquides dans les vingt quatre heures.

13 novembre. — Aggravation. Fatigue extrême. Teint plombé. Diarrhée persistante; augmentation de l'épanchement pleurétique.

Une ponction exploratrice, faite avec le Potain, révèle la présence du pus. Séance tenante, sous le chloroforme, on pratique la pleurotomie par incision au bistouri, du cinquième espace intercostal, sur la ligne axillaire antérieure. Pus grisâtre abondant, sans odeur. Deux gros drains, pas de lavage.

A dater de ce moment l'état du malade empire chaque jour, dyspnée, dépression, ventre ballonné, selles dysentériques.

17 novembre. — Evacuation de selles purulentes qui font penser à un abcès du foie, ouvert dans l'intestin Collapsus.

21 novembre. — Mort par asphyxie.

Autopsie. — Cavité thoracique. Rien au péricarde, cœur, plèvre et poumon gauche. La plèvre droite est complètement tapissée par une néo-membrane fibrino-purulente. Orifice faisant communiquer à travers le diaphragme, la plèvre et le foie. Cavité abdominale : adhérences fibrineuses entre le foie et le diaphragme. A ce niveau, cavité grosse comme le poing, et qui s'est ouverte dans la plèvre en passant à travers le diaphragme et les deux lobes inférieurs du poumon.

OBSERVATION 64

Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans le poumon droit et la plèvre.

(Micheleau. *Gaz. des Hôp.*, janvier 1906.))

Malade âgé de 39 ans, arrimeur, entre à l'hôpital le 5 septembre pour pleurésie. Ponction évacuatrice: 800 centimètres cubes de liquide purulent rougeâtre. Les signes d'épanchement persistent.

Le foie est inaccessible à la palpation, s'arrêtant à la percussion à deux travers de doigt au-dessus des fausses côtes.

Amaigrissement prononcé: perte de forces; hypoazoturie.

25 septembre. — Le foie est d'une grande sensibilité: il déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

29 septembre. — L'opération de l'empyème est faite par M. le Dr Begouin.

3 novembre. — Mort.

Autopsie. — Un premier abcès ouvert dans le poumon droit; un second ouvert dans la plèvre.

OBSERVATION 65

Pyothorax considérable par rupture d'un abcès amibien du foie dans la plèvre guéri, sans opération, par de simples ponctions, l'émétine et le novarsénobenzol.

(Robert Proust et Louis Ramond)

Il y a un an, MM. Chauffard et Fradçois rapportaient ici même une très belle observation d'abcès amibien du foie, guéri par l'émétine et le 914 sans opération. Ils fai-

saient justement remarquer, à ce propos, que la discussion reste encore ouverte, non plus sur la valeur curative, universellement reconnue, du traitement émétino-arsenical de l'hépatite amibienne mais sur les limites de son action. Chaque jour celles-ci semblent s'étendre davantage, à tel point que l'abcès dysentérique du foie, considéré autrefois comme type de maladie médico-chirurgicale, tend de plus en plus à ne pas quitter le domaine de la médecine même au point de vue thérapeutique.

Une nouvelle preuve nous est fournie dans le cas que nous avons l'honneur de vous soumettre aujourd'hui. Il s'agit d'un volumineux abcès du foie rompu dans la plèvre. Sous l'influence d'un traitement énergique par l'émétine et le 914, de simples ponctions évacuatrices ont suffi à tarir complètement et définitivement le pyothorax et l'hépatite supurée qui lui avait donné naissance. L'action bienfaisante de la cure arsénico-émétinique ne s'est donc pas limitée au foie amibien, elle l'a débordé en quelque sorte, pour s'étendre à l'une de ses complications, la pleurésie purulente secondaire.

Nous ne connaissons pas de fait analogue. Nous avons donc jugé intéressant de rapporter le nôtre avec quelques détails, ne serait-ce que pour insister à nouveau, après beaucoup d'autres, sur la nécessité absolue devant toute suppuration amibienne du foie, même compliquée d'instituer d'abord un traitement médical intensif par l'émétine et le novarsénobenzol, et de n'opérer, à moins d'indication d'urgence, qu'après la preuve péremptoire de son insuffisance à assurer la guérison complète.

Voici l'observation de notre malade:

M. L..., 59 ans, est né en France, mais il a passé sa vie à Cuba depuis l'âge de seize ans.

Il a eu la rougeole dans son enfance et la variole à dix sept ans. A vingt ans il a été atteint légèrement par le paludisme. Il souffre de l'estomac depuis l'âge de vingt-quatre ans, et on lui aurait parlé à ce sujet de dyspepsie acide avec ulcérations gastriques. Enfin à vingt-neuf ans, il a eu une crise franche de dysenterie, de courte durée, et sans aucun retentissement apparent sur le foie; depuis lors, ses selles ont été toujours régulières et à peu près normales, sauf par intermittences, où elles étaient un peu molles et décolorées.

M. L... est marié, il a eu trois enfants, dont l'un est mort au champ d'honneur et dont les deux autres respectivement âgés de vingt-cinq et de vingt-six ans sont parfaitement bien portants.

Le début de la maladie actuelle remonte, du moins en apparence, au 7 avril 1919; depuis trois ans, cependant, les douleurs d'estomac étaient devenues plus vives et s'étendaient à tout l'abdomen sous forme de crampes douloureuses.

Le 7 avril 1919, le malade qui se dispose à quitter la Havane pour se rendre aux Etats-Unis, puis en Europe ressent tout à coup une violente douleur dans l'hypochondre droit. Un médecin fait le diagnostic de colique hépatique et rédige une prescription calmante.

Le 19 avril départ pour les Etats-Unis. Depuis deux jours la douleur a disparu, mais elle ne tarde pas à revenir. Elle persistera dorénavant jusqu'à la fin de la maladie. Elle est continue, mais présente des exacerbations passagères. Elle est encore supportable et compatible avec la vie de voyageur. Elle gêne cependant la marche et la rend très pénible. Elle ne trouble pas encore le sommeil.

Le 2 mai départ de New York pour le Havre. La traversée est pénible; les douleurs augmentent, elles irradient vers l'épaule droite. Les nuits deviennent mauvaises.

Le 13 mai, arrivé à Paris depuis la veille, très fatigué M. L..., va consulter un médecin. Le diagnostic porté est celui de lithiase biliaire atypique, avec quelques réserves sur la possibilité du début d'un néoplasme du foie. La thérapeutique ordinaire est mise en œuvre contre la calculose hépatique (régime, huile de Haarlem, etc.); des piqûres quotidiennes d'huile camphrée sont prescrites pour remonter l'état général.

Au bout d'un mois et demi, ce traitement n'a amené aucun changement dans la situation. Au contraire, l'hépatalgie est plus aiguë et plus continue; les paroxysmes douloureux sont plus fréquents et plus insupportables; les irradiations à l'épaule droite sont constantes et particulièrement pénibles. L'insomnie est presque complète. Aucune position ne procure de soulagement. Aucun médicament interne ou externe n'atténue les souffrances. Le

foie, cependant n'est pas gros; il ne paraît pas très sensible à la palpation. Il existe pourtant une légère voussure dans la région de la vésicule biliaire. Il y a un peu de subictère. La température est normale.

Le 26 juin, le malade est envoyé à Vichy. Un nouveau médecin l'examine; il attribue aussi tous les troubles morbides à la lithiase biliaire. La cure thermale est commencée ; elle se compose quotidiennement d'ingestion d'eau de Chomel et de l'Hôpital et d'un bain minéral prolongé. Cependant, les douleurs augmentent, particulièrement celles de l'épaule droite, et l'amaigrissement s'accentue.

Aussi, au bout de quatre jours, on décide de modifier les doses quotidiennes d'eau absorbées. Aucune amélioration ne s'ensuit. Loin de là, le foie devient douloureux dans sa partie postéro-supérieure, donnant au sujet lui-même l'impression d'une enflure très marquée, d'un gonflement de la base de l'hémithorax droit.

On suspend plusieurs jours la cure thermale. On la reprend ensuite avec précaution. Bientôt en est obligé de l'interrompre à nouveau en raison de l'aggravation considérable de l'état de M. L... Les souffrances sont devenues intolérables. Des irradiations très pénibles se font en arrière vers la colonne vertébrale, et en haut vers l'épaule, le cou, la machoire du côté droit. Les calmants les plus énergiques sont sans effet. L'insomnie est absolue. L'état général est profondément atteint; l'appétit est nul; l'émaciation est extrême.

Le 20 juillet, dans la soirée, subitement, une violente crampe se manifeste à l'épigastre; en même temps une sensation de déchirement extrêmement pénible est ressentie dans la partie droite et antérieure de la base du thorax. Comme par enchantement, le foie cesse d'être douloureux, aucune irradiation sensible n'est plus perçue à l'épaule droite. Par contre, la respiration devient plus difficile par suite d'une gêne manifeste de l'ampliation thoracique à droite ; le malade a l'impression que son poumon droit est fortement comprimé.

Dès le lendemain, on constate l'existence d'un volumineux épanchement pleural droit. Une ponction exploratrice retire quelques centimètres cubes d'un liquide

purulent teinté de sang. L'opération de l'empyème est décidée pour le lendemain matin.

Le 22 juillet, l'opération projetée est différée. Le liquide soumis à un examen bactériologique, a été, en effet, reconnu aseptique.

Le 23 juillet, vu l'abondance de l'épanchement, on décide une ponction évacuatrice. Le hoquet, la toux et la dyspnée obligent à interrompre l'aspiration dès que 200 grammes seulement de pus ont été retirés.

Le 24 juillet, une nouvelle ponction permet cette fois d'extraire 800 grammes de liquide chocolat.

L'un de nous (R. Proust) mis au courant de la situation, conseille par lettre de faire des injections sous-cutanées d'émétine. Elles sont commencées le 26 juillet et continuées les trois jours suivants, à la dose de 2 centigrammes par jour.

Après une interruption de trois jours, elles sont reprises à la même dose du 2 au 13 août inclus. Pendant cette cure le sommeil est meilleur; il est cependant souvent troublé par une toux quinteuse, fort pénible. Les douleurs hépatiques et scapulaires n'ont pas reparu. La gêne respiratoire persiste. Le liquide a, en effet, augmenté, et, le 29 août, une nouvelle ponction devient nécessaire. Elle évacue 2 litres d'un liquide café au lait, complètement aseptique.

Huit jours plus tard, un examen radioscopique est radiographique ne montre que l'opacité complète de tout l'hémithorax droit.

Le 14 septembre, M. L..., rentré depuis quelques jours à Paris, est vu par nous pour la première fois. Il est émacié, pâle, mais non ictérique. Il est très fatigué et très oppressé. Il existe un épanchement pleural droit volumineux, qui se manifeste du haut en bas de la poitrine par une matité absolue, un silence complet, une abolition totale des vibrations vocales. Le foie est abaissé; il est sensible à la palpation, principalement dans la région vésiculaire. La défense musculaire de l'hypochondre droit empêche de le délimiter nettement. L'appétit est conservé, mais modéré. Les selles sont régulières. Le système nerveux est indemne. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le cœur est régulier et rapide; il bat 96 fois par minute. Il n'y a aucune fièvre. Il n'y en a

jamais eu, et il n'y en aura jamais pendant toute la durée de la maladie: le thermomètre oscille entre 36°6 et 37°6.

Le diagnostic d'abcès amibien du foie rompu dans la plèvre paraît indubitable. Un traitement émétino-arsenical intensif est institué suivant la méthode de Ravaut légèrement modifiée.

Les 15, 16, 17, 18 et 19 septembre, on injecte sous la peau 4, 6, 8, 8, 8 centigrammes de chlorhydrate d'émétine. Cependant le liquide ne manifeste aucune tendance à la résorption; la dyspnée et l'anxiété augmentent, la température atteint 37°6 le soir, au lieu de 37°2 comme dans les derniers septennaires; le pouls s'est accéléré (108 par minute). Une ponction d'urgence paraît s'imposer. Elle est pratiquée le 20 septembre, à 4 heures du soir. Elle est faite au point d'élection, dans le 8e espace intercostal, sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate. Lentement, avec l'aspirateur Potain, on retire un liquide purulent, assez fluide, café au lait, sans odeur. En laissant à trois reprise pénétrer de l'air dans la plèvre par aspiration thoracique spontanée dès que la pression intrapleurale devient négative (ce que l'angoisse et la toux manifestent), on évacue sans incident un litre de pus.

Ce pus, intermédiaire comme couleur entre le café au lait foncé et le chocolat, est fluide, sans odeur. Il ne coagule pas, mais se sédimente dans le flacon. Il se conserve sans se modifier ni se putréfier. Il est constitué histologiquement par des débris amorphes et de rares éléments cellulaires, globules rouges ou blancs à peine reconnaissables. Il ne contient pas de microbes. On n'y a pas vu d'amibes. Les cultures sont toutes restées stériles.

Le 21 septembre, après une bonne nuit, le malade se sent soulagé. Sa fièvre montée à 38°6 après la ponction, à disparu; le thermomètre marque 37°1. La dyspnée est moins vive, la sensation de mieux-être manifeste. Les signes physiques sont maintenant ceux d'un pneumothorax libre. Dans le décubitus dorsal, toute la partie antérieure droite de la poitrine présente un skodisme très marqué, la matité commence dans la ligne axillaire. Dans la position assise, le sommet du poumon droit est sonore en avant et en arrière; une ligne horizontale nette, pas-

sant par le sommet de l'aisselle, marque la limite supérieure de la zone mate qui s'étend jusqu'en bas du thorax.

Les 24, 25 et 26 septembre, une capsule kératinisée de 10 centigrammes de novarsénobenzol est prise chaque jour.

Le 29 septembre, l'état général redevient meilleur. La dyspnée est bien moindre. Le teint se recolore. Le niveau supérieur de l'épanchement s'est, dans la position assise, abaissé d'un travers de doigt sur tout le pourtour du thorax.

Le 30 septembre, 30 centigrammes de novarsénobenzol en trois capsules kératinisées de 10 centigrammes. Légère diarrhée.

Le 6 octobre. — L'amélioration s'accentue. Le niveau du liquide s'abaisse progressivement. La lgne de matité n'est plus aussi nettement horizontale, elle s'incurve vers le bas, au voisinage de la colonne vertébrale, et paraît au contraire, remonter vers l'aisselle dont elle atteint le sommet. En avant, dans la position assise, elle s'élève plus au-dessus du mamelon que d'un travers de doigt environ.

Les 6, 7, 8 et 9 octobre, une capsule kératinisée quotidienne de 10 centigrammes de novarsénobenzol. En outre, chaque jour (du 7 au 13 octobre), absorption par la bouche de 1 milligramme d'adrénaline, car la pression artérielle est faible (maxima 11; minima 8, au Vaquez).

Les 18, 19, 20 octobre, 10 centigrammes de novarsénobenzol chaque jour, en capsule kératinisée. M. L... engraisse. Il retrouve ses forces. Il n'a plus de douleurs. Il dort dans n'importe quelle position. Le foie n'est pas sensible, il ne déborde pas les fausses côtes. Le liquide pleural se résorbe de plus en plus. La ligne de matité est maintenant très irrégulière; elle ne commence plus contre la colonne vertébrale, mais à un travers de main en dehors d'elle. Il existe donc à la partie interne de l'hémithorax droit tout un couloir sonore où la respiration est normale. La zone de matité est ainsi limitée en dedans par une ligne verticale qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du point de ponction, puis qui s'incurve pour redescendre à sa hauteur sur la ligne du bord postérieure de l'aisselle, de là elle remonte brusquement pour traverser la région du creux axillaire à quatre tra-

vers de doigt de son sommet et se terminer enfin horizontalement en avant au-dessus du mamelon. L'épanchement est encore mobile dans toute la partie antérieure de l'hémithorax droit, car les zones mates ou sonores changent de place suivant les positions du malade. Le séjour dans un fauteuil est autorisé.

Le 27 octobre, nouvelle série d'injection sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine, jusqua'u 1er novembre, on injecte chaque jour 4, 4, 4, 6, 8, 8 centigrammes de ce sel.

Du 6 au 10 novembre, absorption quotidienne de 10 centigrammes de novarsénobenzol en capsules kératinisées (0 gr. 50 de novarsénobenzol au total).

Le 15 novembre, M. L... qui circule librement dans son appartement, est radioscopié et radiographié par le Docteur Ledoux-Lebard. Voici rédigées par notre collègue, ses constatations faites à l'écran:

1° En station verticale, on remarque immédiatement l'aspect particulier de l'hémithorax droit. Un niveau de liquide horizontal, et présentant le signe du flot, est visible avec une parfaite netteté à la hauteur du 2e espace intercostal antérieur. Il existe donc une collection hydro (ou pyo) gazeuse. Au-dessous de ce niveau de liquide, l'hémithorax droit est divisé verticalement en deux parties: une interne relativement claire, une externe répondant à la ligne axillaire, d'une obscurité presque absolue. Ces deux zones viennent se confondre en bas dans une opacité qui ne permet pas de distinguer nettement la coupole diaphragmatique droite. On remarque en outre l'attraction vers la droite et la déformation de l'ombre cardiaque. Le diaphragme gauche présente sa mobilité normale. L'examen postérieur fournit les mêmes données. Les examens obliques et latéraux d'ailleurs difficiles par suite de l'état de faiblesse du malade, donnent l'impression que l'épanchement, bien que remontant très haut, est moins abondant qu'on pourrait le croire, en raison du peu d'épaisseur de la lame de liquide.

2° Dans le décubitus dorsal, on arrive à dégager l'image de la coupole diaphragmatque droite déformée, et dont la projection linéaire prend la forme d'une ogive du sommet de laquelle partent des ombres fines comparables à celles de tractus d'adhérences. On se rend mieux compte

de la dissociation vers la droite et de la déformation de l'ombre cardiaque, et l'on a l'impression qu'il existe des adhérences phréno-péricardiques serrées sur la pente interne de l'ogive diaphragmatique dont l'arc externe répond à la zone axillaire obscure. Il ne paraît pas possible de dire avec certitude si le sommet de l'ogive, répond ou non, à un point de communication transdiaphragmatique, bien que cette supposition paraisse plausible.

En résumé, présence d'une collection hydro ou pyogazeuse de l'hémithorax droit; déformation aspect très particulier et immobilisation du diaphragme droit, attraction à droite et déformation de l'ombre cardiaque, telles sont les trois constatations principales qui découlent avec certitude de l'examen pratiqué, examen un peu incomplet en raison de l'état du malade. »

Le 24 novembre, on ne trouve plus de matité que dans une petite zone triangulaire postéro-latérale entourant le point de ponction. Cette zone est fixe quelle que soit la position donnée au malade. Tout le reste de l'hémithorax droit, sonne, respire et vibre normalement.

Pendant 10 jours, M. L... prend par la bouche alternativement 10 centigrammes de 914 et 8 centigrammes de poudre d'ipéca.

Le 22 décembre, la guérison est presque complète. Il n'y a plus qu'une légère submatité autour du point de ponction.

Le 20 janvier 1920, M. L... est guéri. Il est méconnaissable; il a engraissé, il s'est recoloré. Il n'y a plus aucun signe pathologique au niveau de la plèvre droite. Depuis quelques jours les sorties sont quotidiennes, et de longues marches sont maintenant possibles sans fatigue.

Depuis cette dernière date jusqu'à ce jour, la guérison s'est maintenue et confirmée. M. L... fait de temps en temps une cure d'entretien de dix jours, en prenant, un jour sur deux, l'ipéca (8 centigrammes) et 914 (10 centigrammes). Il est en parfaite santé. Il n'y a plus de douleurs hépatiques. Son estomac même est meilleur que jamais.

OBSERVATION 66

Gros abcès du lobe droit, pleurésie séreuse par retentissement à distance. — Dysenterie en Cochinchine et au Maroc. — Pleurotomie. — Ouverture ultérieure de l'abcès dans la plèvre droite. — Mort.

(Perves et Oudard. *Arch. Méd. Nav. et Colon.*, 1915.)

B... M..., 25 ans, soldat au 5e colonial. Première atteinte de dysenterie en Cochinchine, 1910. Deuxième atteinte de dysenterie au Maroc, en aout 1911.

Rapatrié pour cette affection. Rechute dès son arrivée en France. Traité à l'hôpital de Marseille. Pendant sa convalescence a éprouvé quelques douleurs dans la région hépatique.

21 septembre. — Dans la nuit est brusquement pris de frissons et d'une douleur occupant l'hemithorax droit. Traité d'abord à l'infirmerie.

31 septembre. — Est envoyé à l'hôpital pour congestion pulmonaire à droite.

Présente alors les symptômes suivants:

En arrière, à droite: légère diminution des vibrations au-dessus de la partie moyenne de l'omoplate; en bas, matité à convexité supérieure à point culminant sur la ligne axilaire postérieure. Disparition du murmure vésiculaire à ce niveau. Pas de souffle, pas de râles, pas de pectoriloquie aphone. La pression même légère dans la zone de matité est très douloureuse.

Expectoration gommeuse.

Voies digestives: langue saburrale, anorexie, constipation.

Le foie paraît remonté, sans qu'il y ait augmentation réelle de ses dimensions normales.

Voussure très nette au niveau du rebord costal droit.

La pression dans les espaces intercostaux est très douloureuse. Douleur lorsqu'on refoule le foie en masse.

14 octobre. — Apparition d'une douleur violente à l'épaule droite. En même temps 6 à 10 selles diarrhéiques.

On constate:

Tuméfaction de l'hémithorax droit.

Soulèvement des fausses côtes. Immobilisation de cette partie du thorax.

Œdème léger de la paroi.

En avant, matité complète jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon; bande de sonorité au-dessus; puis submatité, et, sous la clavicule, léger skodisme.

Le foie déborde les fausses côtes de trois travers de doigt, son bord antérieur se perçoit à la vue à jour frisant.

La pression dans les espaces intercostaux, au niveau du lobe droit, reste extrêmement douloureuse.

En arrière, matité sur les deux tiers inférieurs du poumon droit et submatité dans le tiers supérieur.

Vibrations notablement diminuées ; souffle doux, surtout net à la base et vers la ligne axillaire.

Ponction dans le 8e espace (ligne de l'angle de l'omoplate.

Intervention le 31 octobre au matin. — Chloroformisation. Résection de la 9e côte entre la ligne de l'angle de l'omoplate et la ligne axillaire postérieure. Ouverture de la plèvre. Une grande quantité de pus, qu'on peut évaluer à près de deux litres, sort en jet. C'est un pus séreux louche, alors que le pus obtenu par aspiration était jaune épais.

La cavité pleurale est tapissée de fausses membranes jaunes, épaisses et c'est prabablement dans un nid de pus, au milieu de ces fausses membranes, que l'aiguille exploratrice avait été plongée.

Le cul-de-sac pleural, exploré au doigt, paraît libre. On fait au point déclive une contre-ouverture par laquelle on passe un drain sortant, d'autre part, dans la plaie opératoire. A aucun moment ne s'écoule de pus d'apparence hépatique.

Gros drain dans la cavité pleurale.

La coupole diaphragmatique est tapissée d'exsudats jaunâtres, de fausses membranes épaisses; on ne découvre pas de perforation.

Shock opératoire important.

2 novembre. — A 2 heures du matin, le malade se plaint brusquement d'oppression, éprouve une grande difficulté pour respirer.

Quelques heures plus tard, à l'occasion du pansement, on constate que du pus chocolat sort par le drain.

Cette suppuration, d'aspect hépatique, persiste les jours suivants.

Autopsie pratiquée trente et une heure après la mort.

Cavité thoracique. — Le péricarde contient un peu de liquide séreux. Rien d'anormal au cœur, caillots agoniques dans le ventricule droit.

Poumon gauche et plèvre gauche sains.

Le poumon droit est tassé contre la colonne vertébrale et très réduit dans ses dimensions. Malgré l'hépatisation et la suppuration des deux tiers inférieurs, il ne pèse que 325 grammes. La cavité pleurale droite est enduite de pus dans son tiers inférieur.

Au fond du sinus costo-diaphragmatique, on distingue une perforation du diaphragme faisant communiquer la cavité pleurale avec un abcès du foie.

Cavité abdominale. — Le foie pèse 1 k. 470. Au niveau de sa surface convexe et sur la ligne axillaire, on voit un abcès ouvert à l'intérieur, à travers un espace intercostal, et communiquant avec la cavité pleurale droite par une perforation du diaphragme pouvant admettre le pouce.

Les parois de l'abcès sont grisâtres, irrégulières; ses dimensions sont celles d'un œuf de poule. Autour de cet abcès et séparés de lui par des cloisons fort minces, on voit d'autres abcès très petits, sauf un qui a le volume d'une noix. Le reste du foie paraît sain. Il n'y a pas d'abcès de la face inférieure, ni d'adhérence avec les intestins.

OBSERVATION 67

Abcès ouvert dans la plèvre et les bronches.

(Cotte et Chifoliau. *Lyon chirurgical*, 1918.)

M... A., russe, 23 ans. En traitement à l'hôpital temporaire n° 3 pour paludisme et dysenterie. En vue de consultation avec le médecin-major de première classe Baur et le médecin aide-major Salin.

Depuis la veille, il crache en abondance du pus rougeâtre; toux continuelle; grosse matité postérieure remon-

tant à l'épine de l'omoplate, avec voussure de la partie postéro-inférieure du thorax droit; souffle amphorique; tintement métallique lointain.

Cachexie profonde, teint pâle et amaigrissement. Le malade est transporté à l'hôpital 2, où il entre le 7 juin 1917.

Opération (Chifoliau) le 7 juin 1917: sous anesthésie chloroformique. incision de pleurotomie sur la ligne scapulaire postérieure; section de la neuvième côte sur une longueur de 7 cm. La cavité pleurale contient une certaine quantité de pus rougeâtre, brique. Le diaphragme, en un point présente une perforation par laquelle sourd le même pus. Incision du diaphragme; ouverture d'une grosse cavité hépatique; fixation de la brèche diaphragmatique à la peau par deux crins; deux drains dans le foie, deux drains dans la plèvre, L'examen du pus, pratiqué par le médecin-major Monnier-Vinard n'a montré aucun microbe; pas d'amibes.

Suites opératoires. — Pansement et injections sous-cutanées d'émétine (8 cgr. par jour).

La plaie suppure peu. Etat général assez bon, suppression progressive de l'expectoration; la température atteint 37° le 12 juin.

Le 15 juin, frissons prolongés, toux incessante avec crachats visqueux; dyspnée; pouls très rapide. Température à 39°.

Décès le 21 juin 1917, par les progrès des accidents pulmonaires. A l'autopsie, l'abcès hépatique est rétracté; il n'y a pas d'autres abcès. Le poumon droit est complètement aplati contre la colonne vertébrale; congestion pulmonaire intense du côté gauche avec noyau de bronchopneumonie grosse rate.

OBSERVATION 68

Hépatite chronique suivie de la formation d'un abcès; celui-ci s'est ouvert dans le péricarde.

(Rouis)

X..., européen, fossoyeur au cimetière de Cherchell, âgé de trente et un ans, comptant dix-huit mois de résidence en Afrique, entre à l'hôpital le 12 septembre 1849. Sa constitution, primitivement robuste, a été altérée, d'abord

par les fièvres intermittentes, et en dernier lieu, par une dysenterie atonique, laquelle vient de cesser spontanément après six semaines de durée. Il dit être tombé depuis cinq jours dans une débilité profonde. Au moment de son arrivée, peau sèche ; alternatives de frissons et de chaleur, pouls fréquent, dépressible; teinte jaunâtre à la commissure des lèvres et aux ailes du nez; langue saburrale, selles rares, inappétence. A l'épigastre, douleur pongitive, accrue par la pression; à l'hypochondre droit, sentiment de pesanteur. En haut et à droite, la matité du foie remonte jusqu'au 5e espace intercostal; en haut et à gauche elle atteint le 6e; en bas, elle s'arrête le long d'une ligne saillante, étendue de la 12e côte droite au cartilage de la 7e côte gauche. Dans les premiers jours d'octobre, une tumeur rénitente envahit peu à peu la moitié gauche de l'épigastre; X..., néanmoins, se dispose à quitter l'hôpital, quand le 18 octobre, à 10 heures du matin, il est brusquement saisi d'une douleur très vive à la région précordiale, et se met à pousser des cris déchirants. Immédiatement, altération profonde du visage, angoisses inexprimables, palpitations, syncopes, pouls petit, irrégulier, puis nul aux radiales; refroidissement de toute la superficie cutanée: mort au bout de vingt minutes.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Le foie est visiblement plus volumineux qu'à l'état normal. Son tissu, généralement brunâtre, s'écrase avec facilité. La moitié interne de son lobe gauche est creusée par un abcès assez considérable pour admettre une orange ordinaire; en outre, au-dessous de la cavité du péricarde, elle est réunie à l'aponévrose phrénique par des pseudo-membranes au milieu desquelles l'abcès vient déboucher largement contre cette portion du diaphragme. Le segment d'aponévrose ainsi atteint par le pus s'est fondu avec l'enveloppe fibreuse du cœur en un feuillet qui, sensiblement aminci de la circonférence au centre, présente dans ce dernir point un perforation susceptible de laissr passer une plume d'oie.

L'abcès dont il s'agit est exactement sphéroïdal. Ses parois sont constituées jusqu'au diaphragme par une couche blanchâtre et tomenteuse, ayant plusieurs millimètres d'épaisseur. Sous cette couche, le tissu viscéral affecte

dans l'espace d'un demi-centimètre une teinte brun violet et une plus forte consistance.

Le péricarde renferme une grande quantité de pus. Les divisions vasculaires qui le pénètrent sont gorgées de sang;mais il n'offre encore d'injection capillaire qu'aux abords de la perforation.

OBSERVATION 69

Abcès du foie ouvert dans les bronches et communiquant avec le péricarde. — Trace de dysenterie ancienne et récente.

(Gouran. Thèse, 1886.)

Houart Guillaume, 28 ans, matelot de 3e classe a fait un séjour en Cochinchine où il fut atteint de dysenterie 14 mois après son arrivée. Il ressentit alors de la douleur dans l'hypochondre droit et jusqu'à l'épaule du même côté. Après révulsions, amélioration, retour en France.

Douleur légère pendant la traversée. Rentre en Bretagne en congé. Vers le 8 novembre, douleur violente et crachement de sang. Il entre à l'hôpital de Brest le 12 novembre. Pâleur. Voussure dans la région du foie. La matité va du mamelon à 2 cm. au -dessous des fausses côtes. Le malade expectore des crachats sanglants de couleur chocolat. Respiration un peu rude en arrière et en avant, en haut et à droite. Léger retentissement de la voix dans la région sous-claviculaire. Pas de râles. Des sous-crépitants dans les deux poumons. Pas de fièvre.

Le 17, douleur moins violente. 36°8-38°7.

Le 18, selle diarrhéique, 37°-37°1.

Du 18 au 5 décembre, légère amélioration.

Le 5, toux fréquente, hépatalgie. Vomique de pus hépatique.

Le 20, vomique abondante. Les urines dominent.

L'état s'aggrave de plus en plus, la douleur ne reste plus localisée à l'épaule mais descend jusqu'au poignet.

Du 28 au 31. Température de 37°1 à 35°3. Mort.

Autopsie.

Cavité thoracique. — Le péricarde est distendu par une quantité assez considérable de pus séreux. Les deux feuillets ne sont pas adhérents, mais ils sont épaissis.

Sur le côté droit du péricarde il exite une adhérence entre le péricarde et le diaphargme au niveau du foyer de l'abcès du foie. Or à cet endroit au milieu d'une plaque echymotique existe un petit orifice ayant permis le passage du pus hépatique dans le péricarde.

Les deux plèvres sont enflammées, mais pas de liquide. La base du poumon droit est adhérente au diaphragme.

Cavité abdominale. — Adhérence intime entre la face convexe du foie et le diaphragme. La compression fait sortir du pus jaune et épais passant par une ouverture faisant communiquer l'abcès du foie de la grosseur d'un œuf. avec la base du poumon droit.

Rien à signaler pour les autres organes.

OBSERVATION 70

Abcès du lobe gauche du foie communiquant avec le péricarde.

(Petridis. *Hépatites suppurées.*)

N. D..., tailleur de Géorgie, âgé de 40 ans, est malade depuis un mois, mais ses facultés mentales très peu développées laissent peu de foi aux renseignements qu'il donne. Il entre à l'hôpital grec le 23 septembre 1865. A son entrée, foie augmenté de volume; fièvre et frissons irréguliers. Tumeur très fluctuante au creux de l'estomac; dyspnée très forte; battements du cœur très profonds; matité du cœur plus grande et quelques légers frottements.

Douleurs augmentant par la pression à l'endroit de la tumeur. Le 30 septembre, comme la dyspnée augmentait toujours, je me décide à ouvrir l'abcès.

Opération. — Ayant enfoncé un gros trocart dans la tumeur, il en sortit une petite quantité de matière. Mais ayant élargi l'ouverture avec une sonde cannelée et le bistouri, il s'écoula alors 300 grammes d'un pus verdâtre, visqueux, mêlé de sang et de débris de caillots rouges. La dyspnée a beaucoup diminué après cette évacuation de matière, mais le jour suivant, une diarrhée très intense se manifesta. qui ne céda à aucun traitement et enleva la malade le 31 octobre, c'est-à-dire 21 jours après l'opération.

Autopsie. — Petit abcès au lobe gauche du foie, communiquant avec le péricarde. Flocons pseudo-membraneux dans le péricarde. Pointe du cœur rongée à un tel point que l'on pourrait dire que si le malade avait vécu encore quelques jours, le cœur se serait troué à sa pointe.

OBSERVATION 71

Abcès du foie communiquant avec le péricarde.

(Petridis. *Hépatites suppurées.*)

A..., Cokal, marchand de tabac, hellène, 32 ans. Antécédents pathologiques: dysenterie : quatre ans. Début probable de l'abcès: 37 jours, ictère. Siège de l'abcès: lobe droit. Nombre: multiples. Opération: procédé Zancarol. Suites opératoires: survécu 42 jours.
Résultats de l'autopsie: plusieurs abcès (3); altérations dysentériques du côlon; abcès opéré cicatrisé; un second plein de pus; un troisième communiquant avec péricarde d'où pyopéricardite; abcès pulmonaires droits.

OBSERVATION 72

Abcès du foie, communication avec le péricarde.

(Petridis. *Hépatites suppurées.*)

Mihaïl Emmanuel, âgé de 25 ans, boutiquer, entre à l'hôpital grec le 20 février 1870. Il se dit malade depuis une quinzaine de jours. Augmentation du volume du foie et douleur à la région hépatique. Langue sale. Il a eu quelques frissons le 25 au soir. Il a pris le lendemain du sulfate de quinine. Le diagnostic fait par le médecin de l'hôpital, très familiarisé avec les maladies du foie a conclu à une hépatite. Le 25, le malade se disait bien ; il est resté debout toute la journée. Vers le soir il a éprouvé des douleurs à la région cardiaque. Nuit inquiète. Il est mort le matin. Avant d'ouvrir le cadavre, le Dr Zancarol et moi nous recherchions théoriquement les causes probables de la mort. Le foie présentait une augmentation considérable de volume, et il existait une matité très étendue de la partie antérieure du côté gauche du thorax. La rapidité de la terminaison fatale, la préexistance des phé-

nomènes d'hépatite, nous faisaient croire à l'ouverture d'un abcès du foie dans le péricarde. Autopsie faite cinq heures après la mort; le cadavre est bien musclé et n'a pas du tout l'aspect de celui d'un individu mort par suite d'un abcès du foie. A l'ouverture du péricarde, sortie d'une grande quantité de pus couleur chocolat au lait. Péricarde pariétal et viscéral épaissi présentant çà et là comme de larges condylomes et des granulations. A la base du péricarde et sur le diaphragme à droite, il existe un petit trou de la largeur d'un tuyau de plume d'oie; ce trou met l'abcès du foie en communication avec le péricarde. Cette ouverture taillée à pic, est faite comme avec un emporte-pièce. Le cœur est déplacé en haut et ses parois sont durcies, comme si on avait mis cet organe dans l'alcool. Le diaphragme est très adhérent au lobe gauche du foie, et il forme la paroi supérieure d'un grand abcès situé à la surface convexe du lobe gauche et un peu vers le lobe droit. Le plus grand diamètre de cet abcès est de 14 centimètres; ses parois, épaisses de deux millimètres, ont une apparence fibreuse. Le foie tout entier est énormèment congestionné et très augmenté de volume; des incisions laissent couler un sang noir. Le lobe gauche est moins engorgé que le lobe droit. La capsule de Glisson se détache très facilement et laisse la surface du foie comme granuleuse. La vésicule biliaire contient très peu de bile. Les deux poumons sont engorgés à la partie postérieure. Les autres organes sont sains.

OBSERVATION 73

Abcès du lobe gauche du foie, fistule hépato-péricardique. (Chevalier et Seguin. *Arch. Méd. Nav. et Colon.*, 1907.)

..., 25 ans, soldat au 7e régiment d'infanterie coloniale, au retour d'un congé de convalescence, fait une première entrée à l'hôpital de Rochefort le 16 juillet 1905. Avait été envoyé avec la note : « Congestion du foie et diarrhée. »

Ce militaire comptait alors 4 ans de services et provenait en dernier lieu de Saïgon, où il avait été soigné à l'hôpital, en 1905, pour dysenterie, puis, tout récemment, 4 mois et demi avant son hospitalisation à Rochefort, ponctionné dans l'hypochondre droit, sans autre résultat que l'évacuation d'une notable quantité de sang.

A ce premier séjour, n'a jamais eu le moindre mouvement fébrile; a été traité pour diarrhée chronique et mis exeat le 27 août, pour jouir d'une nouvelle convalescence de deux mois.

Entre pour la deuxième fois, le 8 novembre 1905, dans la salle des fiévreux, dans un état d'anémie prononcé.

Sans fièvre jusqu'alors, est pris chaque soir, à partir du 28 janvier 1906, de mouvements fébriles (T. 38° à 38°6). Accuse à ce moment une douleur localisée dans la région épigastrique, au niveau d'une voussure observée précédemment. Il existe un léger empâtement des téguments sans trace d'œdème.

Il est évacué sur le service des blessés le 2 février pour hépatite suppurée.

3 février. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Hépatostomie.

A la partie inférieure saillante de la voussure, sur la ligne médiane, à 3 ou 4 centimètres de l'appendice xiphoïde, une ponction exploratrice, avec une fine aiguille de Dieulafoy, ramène du sang louche. A ce niveau, incision verticale de la paroi sur une étendue de 7 à 8 centimètres. Au-dessous de l'aponévrose se montre une épaisse couche de graisse pro-péritonéale qu'on récline. Incision du péritoine et mise à nu du foie, qui apparaît grisâtre et adhérent de partout à la paroi. Incision au bistouri, puis déchirure et effondrement au doigt d'une mince lame de tissu hépatique. Issue d'une quantité considérable (un bon litre et demi) de pus, d'abord chocolat, puis mêlé de sang et de débris de fausses membranes. L'exploration révèle, dans le lobe gauche hypertrophié, une vaste cavité tapissée de fausses membranes et communiquant avec une deuxième, plus petite, située plus profondément en arrière. Nettoyage aux tampons, lavage à l'eau bouillie et curettage suivi d'un nouveau lavage abondant. Drainage et pansement de la plaie rétrécie à chaque extrémité.

L'état du malade, très anémié, s'améliore sensiblement jusqu'au 7 mars, époque à laquelle la suppuration, jusque là diminuée, reparaît si abondante en débris spacélés et purulents, qu'il ne peut y avoir de doute sur l'existence d'un nouvel abcès du lobe gauche, ouvert spontanément

dans la cavité largement drainée du premier. L'état général est moins bon. Poussées fébriles. Diarrhée.

21 avril. — Le foie est redevenu douloureux depuis plusieurs jours, en dehors et au-dessous de l'orifice de drainage; une ponction faite à ce niveau ramène du pus.

Une deuxième intervention (laparotomie latérale à gauche) agrandit l'ouverture médiane par une incision parallèle au rebord des fausses côtes, et met à découvert et expose une vaste cavité, curettée, puis draînée par trois volumineux tubes de caoutchouc, mais dont la réparation ne sera jamais complète dans la suite. Alors que des brides, des ponts de tissu nouveau se formaient superficiellement, les parties profondes, constituées par des tissus grisâtres et atones, ne subissaient aucune modification.

Il est à noter à ce sujet que certains renseignements connus à cette époque montraient ce jeune soldat comme réputé pour ses excès alcooliques.

L'état cachectique s'accentue.

18 juin. — A l'exploration digitale, on se rend parfaitement compte qu'il existe deux poches : l'une du volume d'une mandarine, située à l'union des lobes droit et gauche, dans laquelle le doigt se promène sans rencontrer de diverticule; l'autre correspondant au lobe gauche, l'ayant en grande partie détruit, et suffisamment profond pour que le doigt perçoive très nettement les battements du cœur, à travers une paroi d'un centimètre environ. Les deux poches communiquent entre elles par un orifice admettant l'extrémité du doigt, situé à une profondeur de 5 à 6 centimètres.

19 juin. — On constate l'existence d'une troisième poche, au-dessus des deux précédentes, sous le diaphragme.

20 juin. — Après section des diverses brides les reliant entre elles, ces trois poches sont réunies en une seule ayant presque le volume des deux poings. Mort.

L'autopsie montra une fistule, qui avait à peu près les dimensions d'une lentille, hépato-péricardique et non pleurale. Il existait un peu de pus et de liquide séreux louche dans le péricarde, qui était congestionné à sa face inféro-interne.

Cœur un peu graisseux, contenait quelques caillots cruoriques et en voie d'organisation.

Poumons. — Droit, intimement adhérent par sa base aux tissus sous-jacents. Sommet infiltré d'abcès du volume d'un pois.

Gauche, adhérent latéralement et surtout par son sommet, qui présente aussi plusieurs petits abcès mais moins nombreux qu'à droite.

Cavité abdominale. — Adhérences pariéto-épiploïques sur tout le pourtour de l'abcès.

Foie. — Pèse 2 k. 300. Lobe gauche, en grande partie détruit par l'abcès, dont la cavité forme une vaste poche de 10 à 12 centimètres de long sur 7 à 8 centimètres de large; toute la surface convexe a disparu; la face inférieure n'est plus représentée que par une lame de un demi à un centimètre d'épaisseur.

Lobe droit, hypertrophié, jaune graisseux; est légèrement envahi par la cavité du lobe gauche. Après plusieurs coupes, on y découvre quelques très rares abcès du volume d'une lentille à celui d'une noisette.

Les autres organes ne présentent rien de particulier.

OBSERVATION 74

Abcès du foie rompu dans le péricarde.

(Corolleur. *Arch Méd. Nav. et Colon.*, 1908.)

Homme en traitement pour une hépatite suppurée suite de dysenterie, ayant déjà donné lieu à une évacuation de pus par l'intestin. Mort subite. A l'autopsie, cœur couvert comme d'une coque jaunâtre, villeuse, purulente, son tissu est dur, pâle à la coupe. La cavité du péricarde remplie de pus est en communication avec un vaste abcès du lobe gauche du foie d'une contenance d'au moins 2 litres. Le lobe droit est parsemé de cicatrices d'anciens abcès.

OBSERVATION 75

Abcès du foie, communication avec le péricarde.

(Corolleur. *Arch. Méd. Nav. et Colon.*, 1908.)

Homme décédé subitement à l'hôpital.

A l'autopsie dès l'ouverture du thorax on est frappé par la distension considérable du péricarde dont l'incision laisse écouler un flot de pus jaunâtre mélangé de

grumeaux; les deux feuillets péricardiques sont couverts d'un exsudat jaunâtre. Le péricarde communique largement au niveau du centre phrénique par un orifice de la dimension d'une pièce de 5 francs, à bords déchiquetés avec un vaste abcès, gros comme une tête de fœtus occupant tout le lobe gauche du foie. Le lobe droit est normal.

OBSERVATION 76

Abcès amibien du foie. Le pus fuse dans le péricarde.

(Corolleur. *Arch. Méd. Nav. et Colon.*, 1908.)

Homme rentré à l'hôpital avec tous les signes d'un abcès du foie d'origine dysentérique, néanmoins des ponctions répétées pratiquées en différents points du foie, sont toujours restées blanches. A un certain moment apparaissent des troubles cardio-pulmonaires; dyspnée; pouls à 120; bruits du cœur sourds; frottements pleuraux aux deux bases qu'on met sur le compte d'une péricardite au début. Les jours suivants la matité cardiaque s'étend. Les bruits du cœur deviennent de plus en plus sourds. La dyspnée augmente; puis le malade expectore des crachats sanglants mêlés de pus, l'état général s'aggrave et finalement la mort survient.

A l'autopsie, on découvre un abcès du volume d'une orange occupant le lobe hépatique gauche qui s'est ouvert dans le péricarde d'une part, dans le poumon droit de l'autre. Le péricarde contient en effet 250 grammes d'un mélange de pus chocolat et de sang dans lequel baigne le cœur; il communique par deux tunnels avec l'abcès hépatique; ses deux feuillets sont tomenteux comme une muqueuse gastrique de ruminant et recouverts d'une fausse membrane jaunâtre.

Le lobe moyen du poumon droit contient aussi un abcès qui communique par un long trajet avec la collection hépatique.

Les trois malades sont donc morts sans que la complication péricardique cause de la mort ait été soupçonnée. Les autres cas rapportés ont eu la même cause fatale.

OBSERVATION 77.

Abcès ouvert dans le péricarde. — Symptomatologie de l'angine de poitrine. — Hypothermie remarquable.

(Sambuc. *Bull. de la Soc. Méd.-Chir. de l'Indochine*, 1911.)

H. F., 41 ans, commissaire des chaloupes fluviales à Haïphong entre à l'hôpital le 19 décembre 1904.

Diagnostic du billet d'entrée: angine de poitrine.

20 décembre. Température 36°4-35°8-35°9.

21 décembre. Température 35°7-34°6-34°5.

22 décembre. Température 34°5-34°6-34°6.

23 décembre. Température 34°4-34°6-34°6.

24 décembre. Température 34°5. Mort.

Une analyse des crachats a donné un résultat négatif au point de vue bacille de Koch.

Le traitement a consisté en: injections d'éther, de caféine, de sérum artificiel, potions à la digitale.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité thoracique, on voit une quantité considérable de sang très fluide « lie de vin » qui remplit les cavités pleurales. Ce sang est mélangé de quelques grumeaux purulents jaunâtres.

Le cœur est gros. Le péricarde contient environ 150 gr. de liquide purulent. Les deux feuillets du péricarde ont un aspect papillaire (aspect de tartines beurrées d'abord accolées puis brusquement séparées). La partie diaphragmatique du péricarde est percée d'un orifice qui permet de passer dans une cavité purulente occupant le lobe gauche du foie. Le foie est gros, fortement congestionné. Le lobe gauche est presque entièrement occupé par un abcès de parois anfractueuses rempli de pus épais, crémeux, jaunâtre. Pas d'abcès du lobe droit.

Le myocarde ne paraît pas dégénéré. Rien du côté des valvules.

Les poumons sont fortement congestionnés aux bases. Pas de tuberculose. La base du poumon gauche a un aspect jaunâtre mais les bases abcédées ne communiquent pas avec l'abcès du foie.

Les reins et la rate sont fortement congestionnés.

Le tube digestif est sain.

La mort résulte d'un abcès du lobe gauche du foie qui s'est ouvert dans le péricarde et semble avoir provoqué l'érosion d'un gros vaisseau (veine cave probablement), d'où vaste hémorragie interne.

OBSERVATION 78 (Inédite)

Abcès du lobe gauche du foie rompu dans la cavité péricardique.

(Dr Lacaze)

F. M., 47 ans, macédonien, réfugié aux environs de Salonique, nous fait appeler le 21 février 1916, parce que brusquement il a été pris de suffocation extrêmement dramatique. En réalité ce malade est alité depuis deux mois sans soins. Lorsque nous arrivons près de lui le malade agonise. Il présente une grosse hypertrophie hépatique à prédominance sur le lobe gauche. Etat cachectique avec œdème des membres supérieurs. Matité cardio-péricardique augmenté d'étendue et d'intensité. Deux ponctions rapides du lobe gauche du foie et du péricarde ramènent du pus à caractères identiques, dans lequel le laboratoire révèle des amibes dysentériques. Le malade meurt avant qu'une intervention ait pu être pratiquée. Une vérification rapide post-mortem montre une communication entre l'abcès du lobe gauche du lobe gauche du foie et le péricarde. L'orifice de communication a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes environ.

OBSERVATION 79

Abcès du foie ouvert dans le péricarde.

(Petridis. *Bull. et Mem. Soc. Nat. Chirur.*, 1924)

L'observation, que nous a envoyé M. P. Petridis, d'Alexandrie m'a paru mériter une place dans nos Bulletins:

H..., 55 ans, maçon, n'ayant jamais eu de maladie sérieuse, en dehors d'une appendicite opérée à l'âge de 12 ans. Pas de syphilis, de blennorragie, de dysenterie,

Vers le milieu du mois d'août 1924, en marchant, ce malade ressent subitement une douleur assez forte au niveau de la moitié inféro-externe du rebord costal gauche, douleur accompagnée de fourmillements dans le mem-

bre supérieur du même côté. Au bout d'une heure la douleur devient intense, empêche la marche et gêne les mouvements respiratoires. Le malade doit s'aliter. Cette douleur continue avec la même intensité pendant vingt-quatre heures, puis diminue notablement et le malade peut marcher de nouveau. Trois jours après, les fourmillements du membre supérieur gauche ont disparu et la douleur a diminué à tel point que le malade peut reprendre son métier. Pendant deux mois à peu près il continue son travail sans ressentir autre chose qu'une certaine gêne au-dessus du rebord costal gauche, s'irradiant vers la région lombaire. Après un mois de calme il présente pour la première fois de la fièvre et des douleurs localisées cette fois à la moitié gauche de l'épigastre. La fièvre est irrégulière: 39°, 38°, 37°. Elle persiste pendant dix jours sous forme d'accès, qui se terminent par des sueurs. La fièvre disparue, le malade a dû garder le lit encore dix jours; ensuite il se leva, mais sans être parfaitement rétabli.. Il ressentait de légères douleurs ou plutôt une pesanteur douloureuse dans la moitié gauche de l'épigastre et sous le rebord costal. Depuis dix jours, les douleurs ont augmenté d'intensité et la fièvre reparaît. C'est pour ces phénomènes qu'il entre à l'hôpital, le 2 novembre 1924.

Etat à son entrée. — Faciès pâle, abattu. Muqueuses anémiées. Maigreur manifeste. Langue saburrale. Squelette bien développé. Musculature faible. Cœur: tons et limites normaux. Le pouls bat à 120 et est dépressible. Thorax, poumons: respiration normale du côté droit. Rien à noter du côté des organes génitaux, des membres. Mictions normales. Traces d'albumine dans les urines. Sucre: néant. Urobiline et indican: traces. Un peu de constipation.

Ce qui attire d'abord l'attention, c'est une saillie arrondie du volume d'une orange, siégeant au-dessous du rebord costal gauche. Le ventre dans son ensemble est souple et indolent. A l'examen du foie on trouve que le lobe droit ne dépasse pas le rebord costal, si ce n'est à la région épigastrique où l'on trouve de la matité et où l'on sent à la palpation une résistance douloureuse. En suivant les limites inférieures du foie vers le côté gauche nous observons qu'il descend très bas presque jusqu'à la région lombaire. C'est au milieu de cette matité, sous le rebord costal gauche, qu'on trouve la saillie hémisphérique cons-

latée plus haut à l'inspection; elle a le volume d'une orange et donne à la palpation une sensation vague de fluctuation; elle est très douloureuse à la pression, et semble située immédiatement sous la paroi de l'abdomen. Notre impression est qu'il s'agit du lobe gauche du foie augmenté de volume. Nous déterminons ses limites supérieures par la percussion, dans le prolongement de la ligne mammaire gauche, au niveau de la 6e côte. Ici la matité se confond avec la matité cardiaque. Sur la ligne axillaire antérieure, elle atteint la 7e côte, sur la postérieure la 8e, sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate la 9e côte. Cette matité se confond avec celle de la rate. A l'auscultation de l'hémithorax gauche en arrière nous trouvons une diminution du murmure vésiculaire au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate et une diminution également des vibrations vocales au niveau de la matité. Le lobe droit du foie ne présente aucune augmentation de volume, on ne trouve rien à l'examen du poumon droit.

Diagnostic clinique. — Tumeur (collection purulente ? tumeur kystique ?) du lobe du foie ou de la région sous-diaphragmatique gauche. Le plus probable, c'est qu'il s'agit d'un grand abcès du lobe gauche du foie.

Le soir de son entrée, température 38°2, pulsations 120 et respirations 22. Vu son état précaire, nous avons taché de remonter les forces du malade par des injections d'huile camphrée et du sérum Locke; en même temps nous avions l'intention de faire une radioscopie, un examen hématologique et un examen des selles.

Le second jour, purgatif et selles abondantes sans rien de particulier. Température 36°5-37°2, pulsations 100-105, respirations 22. Urines 800 cent. cubes.

Troisième jour: la température monte de nouveau, 37°3-38°5, pulsations 120-115, respirations 30-42. Urines 850 cent. cubes. Pas de selles. Injections cardiotoniques. Malheureusement la radioscopie n'a pas pu être faite pour des raisons extra-médicales. Le quatrième jour température38°-37°8. Pulsations 105-120, respirations 30-26. Urines 900 cent. cubes. Encore pas de selles. Traitement cardiotonique.

Vers 7 heures du soir, subitement et sans raison apparente, le malade se sent mal. Peu à peu les phénomènes

se précisent ; le malade présente une douleur forte, localisée à l'épigastre sous le rebord costal où siégeait une tumeur mentionnée et à la base de tout l'hémithorax gauche, mais surtout à sa partie antérieure.

Polypnée, à peu près 50 respirations à la minute; anxiété; pouls rapide, 140, dépressible, faciès pâle, abattu, couvert de sueurs, nez effilé. Le facies ne donne cependant pas l'impression d'un faciès péritonitique. L'abdomen présente de la rigidité douloureuse des parois dans sa moitié gauche supérieure, mais il est indolore partout ailleurs. J'ai l'impression que je me trouve en présence d'une rupture de l'abcès du foie, sans pouvoir toutefois être fixé sur la cavité naturelle dans laquelle le pus s'est épanché. Bien entendu j'ai pensé d'abord à la cavité péritonéale, mais après un examen sommaire je me suis rendu compte que la grande cavité péritonéale n'était pas atteinte. Ma deuxième pensée a été la cavité pleurale. J'ai exclu les poumons vu l'absence de vomique, la localisation de la douleur à la base de l'hémithorax gauche, le fait que malgré une gêne respiratoire très prononcée il ne toussait pas et il n'expectorait pas.

Malheureusement, l'état excessivement grave du malade ne m'a pas permis de procéder à un examen approfondi de l'hémithorax gauche par la percussion et l'auscultation qui m'auraient permis peut être de diagnostiquer exactement et de localiser avec précision l'organe dans lequel s'est rompu l'abcès du foie. J'ai envisagé l'éventualité d'une intervention d'urgence, mais l'état excessivement grave m'a fait rejeter l'opération. J'ai prescrit des injections cardiotoniques, huile camphrée et sérum physiologique, et une injection de morphine pour calmer les douleurs atroces et l'anxiété du malade. Je pensais qu'une fois le choc passé il pourrait être opéré le lendemain matin. Malheureusement il tomba dans un état d'assoupissement et s'éteignit vers 3 heures et demie du matin dans le coma.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine aucune trace de pus. Un liquide citrin et c'est tout. L'estomac et les intestins ne présentent rien à signaler. Dans le gros intestin nous ne trouvons pas d'ulcérations dysentériques. Le pancréas est de consistance dure. Le lobe droit du foie proémine sous la moitié supérieure du rebord costal droit à

l'épigastre. Le lobe gauche, qui est très augmenté de volume, descend très bas et présente sur sa face antérieure la tumeur fluctuante diagnostiquée du vivant du malade et qui n'est autre chose qu'un grand abcès du lobe gauche du foie. Le tissu hépatique voisin de l'abcès paraît profondément altéré. La moitié supérieure de l'abcès offre des adhérences fortes avec la paroi abdominale et avec le diaphragme correspondant.

Rien à noter du côté du poumon et de la plèvre droite. A l'ouverture de l'hémithorax gauche, ce qui attire immédiatement l'attention, c'est le volume énorme du péricarde. Avant d'y toucher nous procédons à l'examen du poumon et de la plèvre gauche. Nous y trouvons des exsudats abondants qui font adhérer le poumon à la paroi thoracique. A la base nous trouvons du liquide pleurétique en petite quantité, séro-fibrineux sans trace de suppuration. Aucune communication de l'abcès hépatique ni avec la plèvre, ni avec les poumons. Il reste donc le péricarde dans lequel a migré très probablement la collection hépatique gauche.

A la palpation l'énorme tumeur cardio-péricardique se présente comme une tumeur kystique fluctuante à parois minces. A l'incision de sa paroi antérieure il s'écoule un liquide séro purulent, couleur kaki dont la quantité peut être évaluée à plus d'un demi-litre. Après assèchement de la cavité du péricarde, nous remarquons à notre étonnement, que des exsudats abondants et anciens tapissent le cœur sur toute sa surface. Ces adhérences n'ont certainement pas eu le temps de se former dans l'espace de huit heures, entre le moment de la rupture 7 heures et demie du soir, et la mort survenue à 3 heures et demie du matin. Nous cherchons l'orifice à travers lequel s'est effectué l'irruption du pus. Pour le voir nous avons procédé comme suit: tenant tendue par des pinces les lèvres de l'incision de la paroi antérieure du péricarde, nous regardons l'intérieur de la cavité bien asséchée, tandis que l'aide exerce une pression douce sur les parois de l'abcès du lobe gauche du foie. Nous voyons alors sourdre du pus à travers un petit orifice situé à la partie antérieure de la base du péricarde. Nous y introduisons une sonde qui nous mène dans la cavité suppurée du foie. Il s'agit donc d'une rupture dans le péricarde d'un abcès du lobe gauche du foie.

OBSERVATION 80

Un cas d'abcès amibien du foie rompu dans la plèvre et le péricarde.

(Scuderi. *Riforma medica*, 1928.)

Si l'ouverture dans la plèvre des abcès amibiens n'est pas fréquente, l'ouverture dans le péricarde est exceptionnelle. Le malade dont G. Scuderi rapporte l'observation se présentait avec la symptomatologie fonctionnelle d'une affection gastro-duodénale.

Mais on trouvait chez lui un foie débordant de 6 cm. dur, volumineux, tant au niveau de l'hypochondre droit qu'au niveau de l'épigastre, — il y avait un peu de défense musculaire, — on trouvait les signes d'un épanchement de la base droite avec quelques frottements pleuraux et une augmentation de la matité cardiaque avec assourdissement des bruits et frottements péricardiques; il y avait des formes végétatives et kystiques d'amibes dens les selles. Ces signes firent faire le diagnostic d'abcès du foie avec épanchement pleural et péricardique réactionnels. Mais une ponction pratiquée à plusieurs reprises dans le lobe droit du foie resta blanche et on dut ajourner l'intervention.

Les signes s'aggravant et le traitement émétinique restant sans succès on dut pratiquer successivement deux thoracentèses qui ramenèrent deux litres, puis un litre et demi de liquide trouble, aseptique. Ce n'est qu'après quelques jours d'une ponction faite dans le 12e espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne ramena 20 cc. de pus blanc crémeux contenant des amibes mobiles.

Une costotomie fut immédiatement pratiquée mais n'empêcha pas l'issue fatale. L'autopsie montra un abcès du foie prédominant au niveau du lobe gauche et communiquant avec un épanchement pleural purulent par l'intermédiaire d'un épanchement péricardique également purulent. La couche fibrineuse qui entourait ces divers épanchements contenait des amibes en grand nombre. L'auteur insiste outre la rareté de la péricardite purulente amibienne, sur le fait que, malgré l'existence certaine

d'un abcès, plusieurs ponctions restèrent blanches, — il remarque aussi qu'un abcès du lobe gauche peut évoluer avec toute la symptomatologie de l'abcès du lobe droit et que la réaction péricardique semble le meilleur signe qui permette de le diagnostiquer.

Conclusions

Nous pouvons dégager de notre travail les conclusions suivantes:

1° La rupture d'un abcès amibien du foie dans l'une des cavités séreuses, péritoine, plèvre, péricarde, n'est pas exceptionnelle, nous avons pu en rassembler 80 cas.

2° Cette rupture, en général brutale et spontanée, est redoutable puisque nous pouvons rapporter:

39 migrations intra-péritonéales avec 18 décès soit 46,1 %.

28 migrations intra-pleurales avec 24 décès soit 85,7 %.

13 migrations intra-péricardiques avec 13 décès soit 100 %.

3° Le siège de prédilection de ces abcès se trouve dans le lobe droit faces convexe et postérieure : ce qui explique la plus grande fréquence des migrations intra-thoraciques.

4° Nous avons divisé les migrations intra-péritonéales en: péritonites enkystées sous-phréniques et sous-hépatiques, et péritonites généralisées soit par irruption massive soit par irruption lente.

5° Nous avons insisté sur la présence des abcès multiples et sur leur importance au point de vue thérapeutique.

6° La symptomatologie des péritonites enkystées et des péritonites généralisées est semblable à celle des autres péritonites ; seuls des antécédents dysentériques certains peuvent faire présumer cette complication. Mais en règle générale le diagnostic n'est qu'une probabilité avant l'intervention, et sera surtout une surprise de cette dernière.

7° Nous avons divisé les ruptures dans la cavité thoracique en migrations intra-pleurales et en migrations intra-péricardiques. Les migrations pleurales peuvent se faire en milieu adhérentiel ou en cavité libre éventualité plus fréquente: 21 cas sur 28.

La symptomatologie de ces épanchements n'offre rien de particulier si ce n'est dans certains cas un tableau hépatique et des antécédents coloniaux. Ces faits font ressortir la difficulté du diagnostic.

10° Les migrations intra-péricardiques sont en général brutales, immédiatement mortelles et la lésion n'est reconnue qu'à l'autopsie; cependant nous attirons l'attention sur certaines observations à irruption lente, où une intervention rapide aurait peut être sauvé le malade.

11° Le traitement de ces migrations comportera deux temps:

Le premier, chirurgical, d'extrême urgence, comprenant l'ouverture de la séreuse, la recherche et l'ouverture large de la collection hépatique originaire, suivi de drainage ou de fermeture primitive, dicté par l'examen microscopique extemporané.

Nous avons insisté sur cet examen car le pus étant en général stérile, la fermeture primitive donne une guérison plus rapide, partant, un résultat fonctionnel et social plus intéressant.

12° Au point de vue technique chirurgicale nous avons expérimenté sur le cadavre une voie d'abord intéressante en cas d'irruption intra-péricardique : cette technique simple et rapide donne un large jour sur le lobe gauche du foie et sur le péricarde.

13° Enfin nous avons montré la nécessité du traitement médical arsénico émétinique comme temps complémentaire obligatoire de l'acte chirurgical.

Vu : *Le Président de Thèse,*
COSTANTINI.

Vu : *Le Doyen,*
LEBLANC.

Vu et permis d'imprimer:
Alger, le 7 mars 1932,
Pour le Recteur:
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
LEBLANC.

Bibliographie

dans un ordre chronologique

Duplay. — Observation d'un abcès du foie ouvert dans la plèvre. (*Journal hebdomadaire de Méd.*, Paris 1829).

Balme et Dugarray. — Abcès du foie pus épanché dans la cavité abdominale. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1836).

Behier. — Abcès du foie perforation du diaphragme, épanouissement du pus dans la plèvre droite. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1836).

Cambay. — Traité des maladies des pays chauds et de l'Algérie, 1847.

Haspel. — Maladies de l'Algérie, 1850.

Roudet. — Thèse Montpellier, 1859.

Rouis. — Etudes sur les suppurations endémiques du foie en Algérie, 1860.

Magnan. — Notes relatives à un abcès du foie communiquant avec le péritoine et le côlon transverse. (Interne aux enfants malades, 1866).

Prudhomme. — Abcès du foie, perforation du diaphragme, empyème à droite, thoracentèse, pleurite gauche terminale. (*Gaz. des Hôp.*, Paris, 1869).

Foiret. — Thèse Paris, 1870.

Arnould. — Abcès du foie ouvert dans la plèvre. Mort. (*Bull. Méd. du Nord,* Lille, 1877).

Dupuy. — Thèse, Paris, 1881.

Interne de l'Hôpital de la Conception. — Abcès du foie ouverture dans la plèvre droite et dans le poumon droit. (*Marseille Médical,* 1881).

Bellot. — Thèse, Bordeaux, 1886.

Gauran. — Thèse Bordeaux, 1886.

Cyr. — Traité des maladies du foie, 1887.

Debergues. — Thèse Montpellier, 1889.

ROZEMONT-MALBOT. — Abcès du foie rompu dans la plèvre (*Arch. Méd. et Pharm. Milit.*, 1889).

CLARAC. — *Arch. de Méd. navale et coloniale*, 1892.

BERNARD. — Abcès du foie ouvert dans la plèvre. (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1896).

COUSTOLS. — Soc. Anat. Paris, 1896.

DUBOIS. — Thèse, Paris, 1897.

FONTAN. — Migrations abdominales des abcès du foie. (*Rev. de Gyn. et Chir. abdom.*, 1899).

FONTAN. — Migrations thoraciques des abcès du foie. (*Rev. de Gyn. et Chr. abdom.*, 1900).

RENDU. — Dictionnaire encyclopédique. Article foie.

DUBAR et POTAL. — Les migrations pleurales dans les abcès du foie. (*Echo médical du Nord*, 1901).

JACOMET. — Gros abcès du foie, ouverture transpleurale. *Nord Médical*, 1904).

MICHELEAU. — Sur un cas d'abcès du foie ouvert dans la plèvre et dans le poumon. (*Gaz. des Hôp.*, 1906).

PFIHLL. — Abcès tropicaux du foie. (*Arch. de Méd. navale et coloniale*, 1906).

CHEVALIER et SEGUIN. — Abcès du lobe gauche du foie avec fistule. (*Arch. Méd. navale et coloniale*, 1907).

LUBET. — Thèse, Paris, 1907.

FONTAN. — Les grands abcès du foie. Doin, éditeur, Paris, 1909.

MOLINIER. — Thèse, Paris, 1909.

COROLEUR. — Trois abcès du foie rompus dans le péricarde. (*Journal de Chirurgie*, 1909).

LIPPMAN. — Les maladies du foie et leur traitement. Baillère, éditeur, Paris, 1910.

SAMBUC. — Les abcès du foie à l'hôpital Saïgon. (*Bull. de la Soc. médico-chirurgicale de l'Indochine*, 1911).

PLONTZ. — Thèse, Paris, 1912.

SAMBUC. — Notes cliniques sur les abcès du foie au Tonkin. (*Ann. d'Hyg. et Méd. Colon.*, 1913).

PERVERS et OUDARD. — Vingt cas d'abcès du foie. (*Ann. d'Hyg. et Méd. Colon.*, 1913).

Vivie. — Hépatite suppurée. Abcès multiples. Mort par ouverture d'un abcès du lobe droit dans l'arrière cavité des épiploons. (*Bull. Soc. Méd.-Chir. de l'Indochine,* 1914).

Rive et Huet. — Abcès sous-phrénique d'origne hépatique par dysenterie amibienne. *Presse Médicale,* 1916).

Job et Spick. — L'évolution et le traitement des abcès dysentériques du foie d'après 92 observations personnelles recueillies au Maroc. (*Annales de Méd.,* 1917).

Cotte et Chifoliau. — Sur les abcès du foie observés en Macédoine. (*Lyon chirurgical,* 1918).

Grall et Clarac. — Pathologie exotique, 1920.

Petridis. — Hepatite dysenterique et leur traitement, 1920.

Mayer. — Pleurésie purulente. Complication d'un abcès du foie. (Societe belge de Chirurgie).

Proust et Ramond. — Pyothorax considérable par rupture d'un abcès amibien du foie dans la plevre. Guerison sans operation par l'émetine et le novarsénobenzol. (*Soc. Med. des Hop.,* 1920).

Dubois. — Thèse, Paris, 1922.

Costantini. — Cinq abcès du foie traités par l'ouverture et la fermeture primitive avec adjonction du traitement émétinien. (*Soc. Nat. de Chir.,* 1924).

Petridis. — Abcès sus-diaphragmatique droit consécutif à la rupture lente dans la plevre correspondante d'un abcès tropical du foie. (*Soc. Méd. et Hyg. trop.,* 1925).

Petridis. — Abcès du foie ouvert dans le péricarde. Rapport de Hartmann. (*Soc. Nat. de Chir.,* 1925).

Costantini. — Des indications du traitement chirurgical des abcès du foie et de la valeur de la suture primitive sans drainage. (*Rev. de Chir.,* 1926).

Lacaze et Melnotte. — L'amibiase hépatique et son traitement. (*Rev. de Chir.,* 1928).

Scuderi. — Un cas d'abcès amibien du foie ouvert dans la plèvre et dans le péricarde. (*Riforma Medica,* 1928).

Lacaze et Melnotte. — *Bull. Soc. Nat. de Chir.,* 1929.

Costantini. — *Bull. Soc. Nat. de Chir.,* 1929.

Costantini. — Le traitement chirurgical moderne des abcès amibiens du foie. (*Algérie Médicale,* 1931).

Table des Matières

Pages

Introduction 13

Observation I 14

Observation II 15

Observation III 16

Historique 19

Evolution propre de l'abcès 21

Migrations intra-péritonéales 25

Migrations intra-pleurales 37

Migrations intra-péricardiques 49

Traitement 55

a) Des migrations intra-péritonéales.

b) Des migrations intra-pleurales.

c) Des migrations intra-péricardiques.

Observations 73

Conclusions 199

Bibliographie 203